

Empirische Untersuchungen zur Psychosozio-genese der Enuretiker

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades
der Philosophischen Fakultät
der Ludwig-Maximilians-Universität
zu München

vorgelegt von

Klaus Dietrich Stahl
aus Stuttgart

1962
1961

Empirische Untersuchungen zur Psychosozio-genese der Enuretiker

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades
der Philosophischen Fakultät
der Ludwig-Maximilians-Universität
zu München



vorgelegt von

Klaus Dietrich Stahl

aus Stuttgart

1962



Referent: Prof. Dr. Ph. Lersch
Korreferent: Prof. Dr. R. Bergius
Tag der mündlichen Prüfung: 27.7.1961

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Einleitung	1
A) <u>Theoretischer Teil</u>	
I) <u>Wissenschaftliche Lösungsversuche des Enuresis-Problems</u>	5
1) Somatogenese	7
2) Psychogenese	12
3) Bedeutung der Reinlichkeitserziehung	23
4) Zusammenfassung	25
II) <u>Grundfragen der Konfliktpsychologie</u>	26
1) Das Leib-Seele-Problem	26
2) Persönlichkeitsstruktur und Symptomwahl	27
3) Das Anlage-Umwelt-Problem	32
4) Ursache und Bedingungsgefüge	34
5) Die Methode	35
III) <u>Die Harnblase und ihre Innervation</u>	37
IV) <u>Die Reinlichkeitserziehung</u>	48
B) <u>Empirischer Teil</u>	
I) <u>Einleitung</u>	59
II) <u>Das Symptom</u>	66
1) Art und Umfang des Symptoms	66
2) Entstehung des Symptoms	67
3) Die angegebenen Ursachen des Symptoms	69
4) Auswirkung der Störung	69
5) Einstellung des Enuretikers zur Enuresis	71
6) Zusammenhang der Enuresis mit anderen Symptomen	72
7) Bedeutung des Symptoms	75
8) Zusammenfassung	75

III) <u>Die Persönlichkeit der Enuretiker</u>	77
1) Erscheinungsbild und Verhalten	78
2) Die charakterologische Struktur im Gesamtbild	81
3) Die Psychogenese der Enuretiker	95
4) Der Entwicklungsgang der Enuretiker	118
5) Geschlechterpsychologischer Aspekt der Enuresis	126
IV) <u>Die soziale Umwelt der Enuretiker</u>	129
1) Das Sozialgefüge	130
2) Die Familiensituation	133
3) Die Eltern	140
4) Erziehungshaltung und Familienatmosphäre	146
5) Zusammenfassung	152
V) <u>Die Psychosozio-genese der Enuretiker</u>	154
1) Die Bedeutung der Enuresis und ihr Stellenwert im Gesamtgefüge der Lebenshaltung	155
2) Dispositionelle Grundlagen der Enuresis	156
3) Auslösung und Manifestierung des Symptoms	160
4) Strukturierende Faktoren der Fehllhaltung	163
Schema der Psychosozio-genese der Enuretiker	165
VI) <u>Die psychagogische Betreuung der Enuretiker</u>	167
1) Einleitung	167
2) Die bereits vorliegenden Behandlungsversuche	167
3) Allgemeine Fragen der Enuretikerbetreuung	171
4) Stufen der Enuretikerbetreuung	172
5) Methodische Probleme der Enuretiker - betreuung	177
6) Sonderfragen der Enuretikerbetreuung	180
7) Der Enuretiker im Erziehungsheim	182
VII) <u>Kasuistik</u>	184

C) AnhangPsychodiagnostische Untersuchungen an
Enuretikern

199

1) Baumtest	200
2) Wartegg-Zeichen-Test	213
3) Analyse der Handschrift	218
4) Rorschach-Test	225
5) Zusammenfassung	241

D) LiteraturverzeichnisVerzeichnis der benützten und zitierten
Literatur

242

Digitized by the Internet Archive
in 2026

Einleitung

=====

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit dem Problem des Einnässens bei Kindern und Jugendlichen, soweit psychische Faktoren an dieser Störung beteiligt sind. Sie hat nicht das Ziel, dieses Problem ein für allemal und in seiner ganzen Reichweite zu lösen. Durch empirische Untersuchungen auf psychologischem und sozialem Gebiet soll lediglich ein Weg gefunden werden, der näher an den Kern der zu-grunde liegenden Schwierigkeiten heranführt und diese in ihrem Bezug zur gestörten Persönlichkeit interpretiert. Neben einem kurzen Überblick über die Geschichte der Enuresis-Forschung soll das Problem von verschiedenen Seiten her angegangen werden, wobei der Schwerpunkt unserer Untersuchungen auf dem psychologischen Sektor liegt. Wir stützen uns dabei auf Erhebungen, die bei 200 Enuretikern im Alter von 4 - 19 Jahren gemacht wurden. Dabei versuchten wir, in jedem Falle ein möglichst umfassendes Bild der gestörten Persönlichkeit, ihres Lebensraumes und Lebensganges zu erhalten. Später kamen noch zahlreiche weitere Einzeluntersuchungen an Kindern und Erwachsenen hinzu, die jedoch nicht zahlenmässig verwertet wurden.

Unsere Fragestellung lautet: welche Rolle spielen psychische und soziale Faktoren bei der Entstehung der Enuresis? Es wurde davon ausgegangen, dass es sich beim Einnässen um ein Symptom handelt, das auf verschiedenartigen Hintergründen entstehen kann und die äussere Manifestation einer seelischen Fehlentwicklung und Fehlhaltung des Gesamtorganismus darstellt. Bei der Erhellung der Störung wollen wir aber nicht bei der blossen Beschreibung der Symptomatik stehen bleiben, sondern diese in ihrem Sinn für den Menschen verstehen. Den Hintergrund der Arbeit bildet also eine anthropologische Fragestellung, ohne die unser Vorgehen nicht richtig verstanden werden kann.

Das Ausgangsmaterial unserer Arbeit bestand aus den Untersuchungsergebnissen, die an 200 Enuretikern gewonnen werden konnten. Diese Untersuchungen lieferten aber jeweils nur ein Querschnittsbild, das die Persönlichkeit des Enuretikers und die ihr korrespondierende Umgebung umfasste. Von diesem Ausgangspunkt her können wir unsere vorher genannte Fragestellung präzisieren und in verschiedene Einzelaufgaben auflösen:

- Untersuchung der Charakterstruktur der Enuretiker,
- Untersuchung der sozialen Umgebung der Enuretiker,
- Untersuchung des individuellen Entwicklungsganges der Enuretiker.

Wir werden versuchen, das Umfeld des Problems von diesen Punkten ausgehend durch theoretische und empirische Untersuchungen abzustecken und damit der Psychosozio-genese der Enuretiker näherzukommen. Unsere Untersuchungen erforschen also im ganzen gesehen den Lebensraum (LEWIN) der Enuretiker.

Unter Enuresis verstehen wir den sich in verschiedenen Zeitabständen bei Tag oder Nacht wiederholenden unwillkürlichen Harnabgang im Strahl, der nicht durch organische Veränderungen des Urogenitalsystems oder seines Nervenapparates bedingt ist. Neben diesen organischen Veränderungen ist bei der echten Enuresis auszuschliessen, dass das Einnässen das Äquivalent eines epileptischen Anfalls darstellt (CHRISTOFFEL 1944). Schwere Schwachsinnformen unter unseren Probanden, sowie Kinder mit neurologischen Störungen wurden vorsichtshalber von vornherein ausgeschlossen.

Die psychologischen Untersuchungen wurden mit den üblichen Methoden und nach den wissenschaftlich anerkannten Grundsätzen durchgeführt. Sie werden später ausführlich abgehandelt. Die Interpretation stützt sich soweit wie möglich auf unsere eigenen empirischen Befunde. Bei den theoretischen Untersuchungen, die den Rahmen unserer Arbeit abstecken, konnten nur die Hauptlinien kurz skizziert werden. Es war nicht immer möglich, jeden übernommenen Gedanken seinem Urheber durch ein Zitat zuzuschreiben. Besonders zahlreiche Anregungen, die in unser eigenes

Denken übergegangen sind, verdanken wir den Forschern FREUD, LERSCH, LEWIN und THOMAE.

Da wir das Thema von verschiedenen Seiten her beleuchten wollen, dürfte es der Übersichtlichkeit wegen zunächst angebracht sein, einen Überblick über den Gang der Untersuchung zu geben.

Die vorliegende Arbeit ist ein Beitrag zur Konfliktpsychologie. Wir gehen bei der Bearbeitung des Themas von den Ergebnissen der seitherigen Forschung aus. Nach der Darstellung und Diskussion von einigen wesentlichen Forschungsergebnissen, die bereits vorliegen, soll durch die Untersuchung allgemeiner Probleme der Konfliktpsychologie (Leib-Seele-Problem, Anlage-Umwelt-Problem, Beziehung zwischen Persönlichkeit, Fehlhaltung und Symptombildung) der Rahmen für unsere empirischen Untersuchungen geschaffen werden. Um aber eine richtige Lösung des Problems zu ermöglichen, soll vor den psychologischen Untersuchungen geklärt werden, welche Rolle physiologische Faktoren der Harnentleerung spielen. Dabei ist auch ausführlich auf die Bedeutung der Reinlichkeitserziehung bei der Entstehung einer Enuresis einzugehen.

Im anschliessenden empirischen Teil der Arbeit werden unsere eigenen Befunde dargestellt. In vier umfassenden Abschnitten wird besprochen: das Symptom, die Persönlichkeitsstruktur der untersuchten Enuretiker (Psychogenese), die soziale Umwelt der untersuchten Enuretiker (Soziogenese), das Bedingungsgefüge bei der Entstehung der Enuresis.

Die Arbeit wäre unvollständig, könnte man nicht aus den empirisch gewonnenen Befunden pädagogische und psychagogische Schlussfolgerungen für die Reinlichkeitserziehung und auch für die Behandlung der Enuretiker ableiten. Es soll also im Anschluss an die Darstellung unserer Untersuchungsergebnisse geklärt werden, wo Ansätze zu einer Prophylaxe und Therapie der Enuresis zu gewinnen sind.

Den Abschluss der Arbeit bildet eine kurze Kasuistik. Durch die Interpretation konkreter Fälle sollen unsere theoretischen Ergebnisse illustriert und unterstrichen werden.

Die Arbeit entstand unter der Leitung meines Lehrers Prof. Dr. Ph. Lersch, dem ich für sein Entgegenkommen und seine Anregungen grossen Dank schulde. Zur Entstehung trugen wesentlich auch Oberverwaltungsrat Dr. R. Scholl, der Leiter des Jugendamtes Stuttgart und Jugendrat W. Erhardt, Leiter der Erziehungsabteilung des genannten Jugendamtes bei, die mir die Möglichkeit und Erlaubnis gaben, mein Material an der Städt. Erziehungsberatungsstelle zu gewinnen.

A) Theoretischer Teil

I) Wissenschaftliche Lösungsversuche des Enuresis-Problems

Die Wissenschaft bemüht sich schon seit langem um die Lösung des Bettnässer-Problems in ätiologischer und therapeutischer Beziehung. Die soziale Bedeutung des Problems wird aber am deutlichsten unterstrichen durch die Bemühungen der Volksmedizin (ausführliche Schilderungen der Volksbräuche, die mit dem Einnässen zusammenhängen, finden sich bei CHRISTOFFEL 1944). Trotz zahlreicher ernsthafter Untersuchungen besteht jedoch von jeher wenig Einigkeit in den Ansichten über Verursachung und Heilung des Leidens, so dass SCHWARZ (1925, S.289) über Enuresis nocturna schreiben konnte: "Die Geschichte dieser Krankheit ist zugleich Geschichte des ärztlichen Denkens, denn jede Phase medizinischen Theoretisierens ist in ihr repräsentiert."

Tatsächlich wurde fast jedes Organ mit seinen Störungen und Symptomen im Laufe der Forschungsgeschichte mit der Enuresis in einen kausalen Zusammenhang gebracht ("vom Hirn bis zur Vorhaut"- CHRISTOFFEL 1934). Dabei bildeten sich bald einige Entwicklungslinien der Forschung heraus, die allerdings bis heute noch nicht zufriedenstellend vereinigt wurden: gegenüber früher steht heute die Somatogenese hinter der Psychogenese zurück, wobei manche Autoren die Enuresis "als eine reine psychofunktionelle, andere als eine psycho- und somatofunktionelle Störung auffassen, wobei noch das grössere Gewicht auf das Psycho- oder Somatofunktionelle gelegt werden kann" (TRAMER 1949, S.282).

Bevor unsere eigenen Untersuchungen und Befunde referiert werden, soll im folgenden am Beispiel einiger repräsentativer Bearbeiter des Themas ein grober Überblick über die fast unübersehbare Literatur gegeben werden. Ausführliche Sammelberichte finden sich bei ZAPPERT 1920, 1926 und LECHLER 1949.

Wir nennen zuerst diejenigen Forscher, die in der Enuresis eine körperliche Störung sehen und gehen erst dann auf die Aufhellung psychischer Zusammenhänge ein. Damit folgen wir der historischen Entwicklung und schaffen eine Diskussionsgrundlage für unsere eigenen Befunde.

Eine ausführliche Kritik der referierten Meinungen kann nicht immer gleich an dieser Stelle erfolgen. Sie findet sich dann bei der Besprechung von Grundfragen der Konfliktpsychologie (im theoretischen Teil) oder bei der Darstellung unserer eigenen Untersuchungsergebnisse.

Unsere Übersicht will einen Einblick in die Vielfalt der vertretenen Meinungen geben und beschränkt sich daher im allgemeinen auf kurze Andeutungen. Zur weiteren Orientierung muss auf die zitierte Literatur verwiesen werden.

1) Somatogenese:

Die 1909 erschienene Arbeit von A. FUCHS über die Beziehung von Enuresis noct. zu Spina bifida occulta erregte viel Aufsehen und wird bei manchen Autoren trotz negativer Ergebnisse weiterer Untersuchungen immer wieder zur Erklärung des Leidens bemüht. Aus Formvariationen der unteren Wirbelsäule (unvollkommene Verknöcherung der Wirbelbögen, ohne dass dabei das Mark heraustritt) wird auf Entwicklungsstörungen des unteren Rückenmarks geschlossen und die Enuresis damit erklärt. Schon 1922 konnte HOLMDAHL (und später weitere Autoren) nachweisen, dass diese Myelodysplasie im Kindesalter bei Enuretikern und Nicht-Enuretikern gleich häufig vorkommt. Auch CHRISTOFFEL (1944) betont, dass sie bis zum 8. Lebensjahr die Regel und nicht die Ausnahme sei. Erst allmählich erfolge der Verschluss der Wirbel und noch um das 20. Lebensjahr finde man bei der Hälfte der Gesunden eine unvollkommene Verknöcherung. Im übrigen ist zu beachten, dass bei Störungen im Wachstum und in der Funktion des Rückenmarks nie Enuresis als Einzelsymptom vorkommt, sondern immer gekoppelt ist mit einer Störung der unteren Extremitäten. Es wird kaum möglich sein, ein organisches Substrat für ein so launisches Symptom zu finden, wie es die Enuresis darstellt. Auch neuere Arbeiten konnten die Myelodysplasietheorie statistisch widerlegen. So fand DINKELAKER (1935) unter 170 Bettnässern nur einen Fall mit Spina bifida occulta, der gleichzeitig aber als starker Neuro-path auffiel. KANNER (1953) betont, dass zwar Enuresis oft bei Kindern mit Spina bif. occ. vorkommt, diese aber bei den Enuretikern nur in 1,5 % der Fälle. THOMAS (1940) hingegen unterscheidet Enuresis als neuropsychasthenische Diathese (Neurallergie) von der seiner Ansicht nach häufiger vorkommenden Enuresis als Teilerscheinung eines erblichen Syndroms "Status dysraphicus", bei dem die "familiäre Enuresis" gehäuft auftreten soll (nach CURTIUS 1939).

Auch A. ADLER (1912, 1924, 1927) lehnt die Lehre von der Myelodysplasie ab. Er sieht in der Enuresis nur ein Symptom der Minderwertigkeit des gesamten Harnapparates und seines

nervösen Überbaues, von der der Geschlechtsapparat immer mitbetroffen ist und die sich oft mit einer Schwäche des Ernährungstraktes verbindet. Die normale kindliche Schwäche und Unsicherheit wird bei den betroffenen Kindern pathologisch gesteigert durch die angeborene Minderwertigkeit der Harnorgane. Die Reaktion der Umgebung verschärft diese Situation, durch die Sehnsucht des Kindes nach Sicherheit und Vollkommenheit wird der Lebensplan geprägt. Die Krankheit wird dabei als Arrangement benutzt. Durch Vergleich der Enuresis mit anderen Minderwertigkeitszeichen kann die "segmental angeordnete Minderwertigkeit" aufgedeckt werden: die Minderwertigkeit befällt immer das ganze Organ, manifestiert sich aber oft nur an einzelnen Stellen und in einzelnen Zeichen. Bei der Enuresis bleibt also die Funktion des Harnapparates im embryonalen Typus stecken und man kann zusammenfassend feststellen, "dass die Enuresis in jedem Fall von einer Minderwertigkeit des Organs und seines nervösen Überbaues den Ausgang nimmt, dass aber die einsetzende Kompensationstendenz das minderwertige Hirn in einen "Zustand hoher psychischer Spannung" versetzt, aus der die Disposition zur Neurose hervorgeht" (1924, S.233).

CHRISTOPFEL behandelt auch die Organminderwertigkeitstheorie als Pseudokausalität und meint, es handle sich doch im Grunde nur um eine Aufbauschung der populären "schwachen Blase". SCHWARZ (1925, S.293) pflichtet dagegen ADLER bei, wenn er sagt, die Enuresis sei "ein psychophysisches Abwertungszeichen, wobei die somatische Organminderwertigkeit als Determinations-, die anomale psychische Reaktionsart als Realisationsfaktor wirkt".

Zahlreiche Forscher gingen der Frage nach, ob das Vorkommen von Enuresis erblich bedingt sei. Der schon erwähnte THUMS (1940) glaubt, die meisten Fälle entsprängen auf myelodysplastischer Genese, am Status dysraphicus. Der Erbgang ist nach seiner Ansicht bestimmt durch ein einfach dominantes, pleiotropes Gen mit grosser Manifestationsvariabilität, das sich vermutlich in homozygotem Zustand schwerer äussert als in heterozygotem. Neben intrafamiliärer komme auch eine starke interfamiliäre Variabilität vor. Auch ORANSKY (1928) nimmt einfach dominanten Erbgang an, PETROVSKIJ (1939) und FRARY (1935) dagegen rezessiven. In einer ausführlichen Studie nimmt HALLGREN (1957) an, dass nicht

alle Fälle von Enuresis genetisch bedingt sind. Der Erbgang sei unsicher: die Entwicklung werde bestimmt durch ein dominantes Hauptgen, die Manifestierung durch äussere Bedingungen und Polygene.

Gegenüber diesen Versuchen nimmt SIEMENS (1924) eine sehr vorsichtige Haltung ein und betont, dass die Enuresis stark von nichterblichen Faktoren abhängt.

Wie bereits herausgestellt wurde, ist Enuresis keine Krankheitseinheit, sondern ein Symptom, das durch verschiedene komplizierte ätiologische Hintergründe bedingt sein kann. Es ist nicht möglich, die Symptomträger als erbgleiche Individuen aufzufassen und den Erbgang des (verschieden begründeten) Symptoms erforschen zu wollen, ohne die unterschiedlichen Hintergründe zu berücksichtigen. Von hier aus muss auch die sogenannte familiäre Enuresis neu untersucht werden: wie KANNER (1953) mit Recht betont, hat das Auftreten von Enuresis bei verschiedenen Mitgliedern einer Familie (bei KANNER in 52 % der Fälle) nichts mit Vererbung zu tun, sondern lässt sich ebenso zwanglos auf Familientradition zurückführen. Gerade in den Familien, wo vielleicht schon Vater oder Mutter einnässten, wird das Leiden oft als unveränderliche Tatsache hingenommen, weil es ja "vererbt" ist. Dass im Erbumkreis emotional Labile oder sozial Unangepasste gehäuft vorkommen, ist etwas anderes und hat mit der Vererbung des Symptoms nichts zu tun. Gegen die referierten Versuche, die erbliche Grundlage einer Enuresis-Anlage zu finden, spricht auch die Tatsache, dass das Symptom sich verlieren (z.B. bei einer psychophysischen Gesamtumstellung wie der Pubertät) oder sich durch andere ersetzen kann (KIESEL 1954).

Zahlreiche Forscher betrachten nicht das Symptom als angeboren, führen es aber auf angeborene Leiden zurück. Hier wurde auch verschiedentlich Lues congenita als Ursache angegeben, ja, man ging so weit, im Auftreten von Enuresis ein diagnostisches Hilfsmittel zur Feststellung angeborener Lues zu sehen. CHRISTOPFEL (1944) weist darauf hin, dass eine derartige Störung nicht zu Enuresis führen kann, sondern zu Blasenlähmung: der Harn läuft

ohne Harndrang einfach aus. Enuresis tritt selbstverständlich bei Psychosen und als epileptisches Äquivalent auf, wird aber durch unsere Definition aus der vorliegenden Arbeit ausgeklammert. Gegen die Annahme einer Hysterie als Grundstörung spricht die Erfahrung, dass Enuretiker nur sehr selten eine hysterische Charakterstruktur zeigen (KANNER 1953).

Während DINKELAKER (1935, S.14) der Ansicht ist, dass "Idioten natürlich - bar jeden Verständnisses - nicht zur Reinlichkeit erzogen werden können", steht HOMBURGER (1926) auf dem Standpunkt, dass "die Intelligenz allein in der Enuresisfrage nicht entscheidend ist". "Denn es gibt sogar ziemlich tiefstehende Idioten, die bettrein sind, und es sind überhaupt unter den Imbezillen nicht immer die geistig Schwächsten, welche einnässen" (S.563). Auch anlagebedingte Schwachbegabung ist also nur eine unterstützende Bedingung bei Entstehung von Enuresis. Dass dieser Faktor dennoch (mit anderen Faktoren zusammen) wichtig ist, zeigen die Ergebnisse von RAUCHFUSS (1939), der unter 107 Bett-nässern 52 Normalbegabte und 55 Minderbegabte fand. Dabei kommen die schweren Formen der Enuresis bei den Normalbegabten seltener als bei den Unterbegabten vor. Die gleiche Tatsache bewog auch PLOTZKI (1930), unter seine Bett-nässertypen einen Typus der Intelligenzgestörten aufzunehmen.

Es lag nahe, bei Enuresis auch nach lokalen Störungen der Blase und der Harnröhre zu suchen. Auch hier wurden die verschiedenartigsten Befunde erhoben, die aber im allgemeinen einer Nachprüfung nicht standhielten. U.a. wurden als Ursache der Enuresis bezichtigt (zitiert nach DIETEL 1929): angeborene Sphincter-schwäche (OPPENHEIM), mangelnder Sphinctertonus (HEYLMANN), mangelnde Funktion der Schliessmuskeln trotz Wahrnehmung des Harn-Dranges bei der "motorischen Form" der Enuresis (MOHR), gesteigerte Reflextätigkeit des Detrusors (LANDOIS), krampfartige Kontraktionen im Detrusor (BRADBURY), Oxyuriasis, d.h. Druckreiz durch Madenwürmer (JACQUEMIN), Veränderungen am Genitale (Balanitis nach KLOTZ, Vulvitis nach PESTALOZZI, PHILIPPERT, Urethritis, Zystitis, Strikturen der Harnröhre), Blasensteinbildungen, Neubildungen der Harnblase (Neoplasmen), Phimose,

Verklebung zwischen Glans und Präputium, Hypo- und Epispadie, Prostataerkrankungen, Lebewesen in der Blase. Diese meist an wenigen Fällen beobachteten Erscheinungen mögen zur Auslösung einer Enuresis beigetragen haben. Sie liessen sich später als Ursache nicht bestätigen und zeigen keinerlei essentiellen Zusammenhang mit der Enuresis.

Daneben wurde oft die abweichende Reaktion des Nervensystems bei Enuresis betont, d.h. die Störung wurde in die Steuerungsfunktionen verlagert. Dabei wird (ref. nach LECHLER 1949) als Ursache angesehen der Verlust zentraler Hemmungen, der eine verstärkte Einwirkung peripherer Reize erlaubt, ferner etwa Gleichgewichtsstörungen zwischen dem vegetativen und dem cerebrospinalen System (durch Überempfindlichkeit des einen oder Entwicklungshemmung des anderen Systems), Minderwertigkeiten des motorischen Systems, cerebrale Funktionsstörungen eines funktionell minderwertigen oder abnorm reagierenden Nervensystems, zu leichte Auslösbarkeit eines bedingten Reflexes (CZERNY, 1942), vegetative Regulationsstörungen.

Oft wird die wesentliche Grundlage der Störung auch in einer neuropathischen Konstitution gesehen (CIMBAL 1927, FEER 1933). Auch die Typeneinteilungen kennen fast alle einen neuropathischen Typus (POTOTZKI 1925, BEHM 1930, PUFF 1924). Nach BRAY (1931) entsteht Enuresis auch auf allergischer Grundlage. LÜTHJE und VON JÜRGENSEN (zitiert nach FINKH 1924) weisen auf eine hereditäre neuropathische Belastung der Kinder hin; ähnliche Stellungnahmen finden sich u.a. bei FINKH (1924), PERITZ (1932), KLEIN-SCHMIDT (1955). Auch ASPERGER (1956) und STOCKERT (1938, 1949) sehen in der Enuresis ein neuropathisches Organsymptom, das meist konstitutionell verankert ist und durch konditionelle Momente ausgelöst wird. Es kann als Degenerationszeichen körperlich-seelischer Art gesehen werden und ist häufig mit verschiedenen anderen Degenerationszeichen verbunden. Das Gewicht des konstitutionellen Faktors wird bei diesen Versuchen (bes. in pädagogisch-therapeutischer Hinsicht) zu stark betont. Die Einflüsse der Umgebung lösen das Symptom, bzw. die Störung eben nicht nur aus, sondern bilden eine wesentliche

Bedingung der Entstehung.

Bei der Besprechung der letzten Punkte wurde immer wieder das Problem der Psychogenese berührt. Durch die Ganzheitlichkeit der Phänomene befindet man sich hier im Grenzbereich, der psychophysisch neutral ist (W. STERN) und sich nicht klar einer der beiden Sphären zuordnen lässt.

Zusammenfassung und Kritik:

Im Laufe der Forschungsgeschichte wurde eine grosse Anzahl von organischen Störungen als Ursachen und Bedingungen von Enuresis angegeben. Es wurde bereits betont, dass das Symptom sehr launisch ist und schlagartig ohne organische Therapie geheilt werden oder doch zeitweise verschwinden kann. Die referierten Befunde können durchaus nicht angezweifelt werden, der Fehler liegt aber in der Art der Betrachtung, in den Ansätzen und Voraussetzungen. Er besteht darin, "dass Begleiterscheinungen als Ursache angesehen werden" (LECHLER 1949, S.540). Die weitere Forschung hat daher mit Recht das Schwergewicht auf den Zusammenhang mit psychischen und sozialen Faktoren verlegt. Dazu trug nicht zuletzt auch die Erfolglosigkeit der Heilversuche auf somatischer Basis bei. Es wurde bei genauer Untersuchung immer deutlicher, dass Enuresis auch eine soziale Störung ist, dass der Enuretiker aus einer falschen Einstellung zum Leben heraus reagiert.

2) Psychogenese

Schon bei der Erörterung der neuropathischen Konstitution wurde immer wieder der Gedanke bestimmter Bettnässertypen berührt. Dieser Ansatz wurde in der Literatur oft breit ausgebaut, wenn auch auf der anderen Seite die Existenz solcher Typen oft bestritten wird.

POTOTZKI (1925) teilte folgendes Diagnosenschema mit:

Enuresis findet sich bei

- (1) nervöser Übererregbarkeit
 (allgemein oder lokal)
 - a) endogen (Neuropathie)
 - b) exogen (sehr selten)

- (2) Psychopathie (Störung der Willenssphäre)
 - a) trotzig-hemmungslose Kinder
 - b) gehemmt-ängstliche Kinder
 - c) zerstreute Kinder
 - d) gleichgültige Kinder

(3) Intelligenzstörungen.

Dazu kam später (1930) noch:

- (4) fetalistische Kinder (Zirkulationsapparat auf fötaler Stufe)
- (5) pathokrine Kinder
 - a) im Sinne der Hyperthyreose
 - b) im Sinne der Hypothyreose.

Die Enuresis ist also keine einheitliche Krankheit, jeder Fall ist individuell zu untersuchen und einzuordnen.

Auch BEHM (1930) unterscheidet verschiedene Typen von Bettnässern; sein Mitarbeiter PUFF (1924) gibt dazu noch Unterteilungen an (Bilder bei PUFF 1924 und SPIELER 1944).

- (1) Typus degeneratus: Enuresis als Stigma einer degenerativen Minderwertigkeit.
- (2) Typus neuropathicus: nervöse Kinder mit Neigung zu überschüssenden Reaktionen.
 - a) nervös-ängstliche Kinder
 - b) nervös-aufgeregte Kinder
 - c) nervös-gleichgültige Kinder
 - d) nicht erzogene Kinder
- (3) Typus phlegmaticus: Antipoden der Nervösen.
 - a) phlegmatisch-trotzige Kinder
 - b) phlegmatisch-dumme Kinder
 - c) phlegmatisch-indolente Kinder.

Mit dieser Einteilung will PUFF ein diagnostisches und therapeutisches Hilfsmittel an die Hand geben, das nicht schematisch, sondern mit beweglicher Anpassung benutzt werden soll. Mit den Typen soll der Irrweg der Forschung nach einer einheitlichen Ätiologie der Enuresis überwunden werden. Die Aufmerksamkeit soll auf den ganzen erkrankten Menschen gerichtet sein und nicht auf ein zufällig erkranktes Organ.

Es ist in der Praxis leicht möglich, empirisch verschiedene Typen der Enuretiker zu unterscheiden und jeder Kinderarzt hat hier seine eigenen Erfahrungen, die er diagnostisch und therapeutisch verwertet. In diesen praktischen Typologien werden aber Merkmale verschiedener Begriffsebenen zusammengefasst und zu

einem etwas oberflächlichen Bild des betreffenden Typus ausgebaut. Die Beschreibung bleibt zu sehr am Äusserlichen haften und erfasst z.B. gar nicht, ob ein Charakterzug das Bettnassen begründete oder begünstigte, oder ob er auf der anderen Seite erst als Reaktion (trotzige Gegenwehr oder Resignation) entstand. Aus diesem Grund führen derartige Typologien trotz einem gewissen heuristischen Wert in der Grundlagenforschung nicht weiter.

Man hat diese Einteilungen auch mit verschiedenen anderen Begründungen angegriffen. So schreibt TRAMER (1949), Enuresis sei als Verhaltensweise durchaus nicht an bestimmte Typen gebunden. Es gebe nur verschieden geartete Kinder mit Enuresis, nicht aber einen typischen Enuretiker. Auch RAUCHFUSS (1939) fand in seinem Material keinen besonderen Charakterzug, der das Auftreten von Enuresis erklärte. WEBER (1945) will diesen Gegensatz mit dem Hinweis überbrücken, bei den Enuretikertypen handle es sich um klinische Reaktionstypen, die als Resultanten von Charakteranlage, Entwicklungsphase und Verhalten der Umwelt entstehen und daher mit der Heilung auch wieder verschwinden (er nennt vor allem: Aufgeregte, Gleichgültige, Trotzige, Mutlose, Überfleissige). Der Charakter begründe also nicht die Enuresis, er bestimme lediglich die Reaktion darauf. Dieser Ansicht tritt LECHLER (1950) energisch entgegen. Er weist darauf hin, dass man bei den Enuretikern immer wieder Charakterzüge finde, die bereits in den ersten Lebensmonaten vorhanden sind; dabei stellt er besonders zwei Gruppen heraus:

- (1) die Kinder der ersten Gruppe sind phlegmatisch, gleichgültig, indolent, unlustig-mürrisch, reizbar, trotzig, aggressiv.
- (2) die Kinder der zweiten Gruppe zeigen sich "nervös", erregbar, unkonzentriert, ängstlich, phantasie reich.

Auch hier werden Wesens- und Verhaltenseigenschaften (LERSCH) durcheinander gemischt. Die Charakterstruktur wird allerdings nicht mehr in einem streng gegliederten Schema, sondern durch besonders häufig auftretende Charakterzüge frei erfasst. Auf diese Weise gehen auch andere Forscher vor, so etwa SCHRAMM (1952), wenn er als dominante Charaktereigenschaften angibt:

4) Zusammenfassung:

Im Verlauf der Forschungsgeschichte wurden zahlreiche "Ursachen" für das Auftreten der Enuresis gesucht und gefunden. Nachdem zunächst die somatische Bedingtheit im Vordergrund stand, stiess man bei der Untersuchung immer wieder auf die Bedeutung der Persönlichkeit des Enuretikers und wandte sich daher allmählich bei der Suche nach den Entstehungsbedingungen seinen individuellen Erlebnissen und seiner charakterlichen Eigenart zu. Heute stehen also vor allem die emotionalen Konflikte des Enuretikers im Blickpunkt der Forschung. Man erkennt, dass es sich um gestörte Kinder handelt. Diese werden aber häufig noch isoliert ohne die Verflochtenheit mit ihrem Lebensraum gesehen. Man weiss also, dass das Symptom eine soziale Bedeutung hat (es schafft dem Kind eine Sonderstellung), sieht aber häufig noch nicht, dass die Fehlhaltung auch sozial bedingt ist, dass man den Enuretiker gar nicht ohne seinen Lebensraum und seine individuelle Entwicklung verstehen kann.

Ein entscheidender Fortschritt bei der Untersuchung der Enuresis ist damit erreicht, dass man zahlreiche Entstehungsbedingungen dieser Fehlhaltung unterscheidet, die jeweils verschiedene Bedeutung und Funktion haben. Die Entwicklung des Sympt-oms wird dadurch nicht mehr mit der Entwicklung der Fehlhaltung gleichgesetzt.

Bei unseren eigenen Untersuchungen steht die Klärung der psychischen und sozialen Bedingtheit der Enuresis im Vordergrund. Zunächst muss aber nach Erörterung einiger Grundfragen die Bedeutung der körperlichen Faktoren und der Reinlichkeitserziehung untersucht werden, da sie den Rahmen unserer eigenen Befunde bilden und da ihr Einfluss auf die Störung noch nicht klar abgegrenzt ist.

II) Grundfragen der Konfliktpsychologie

Die geschichtliche Betrachtung verschiedener Theorien über die Ätiologie der Enuresis wirft bereits zahlreiche Probleme und Fragen auf, die zum Teil weit über den Bereich unserer empirischen Untersuchungen hinausgehen. Es handelt sich um Grundfragen der Konfliktpsychologie, die den theoretischen Rahmen unserer Arbeit bilden und deren Lösung wir deshalb teilweise voraussetzen müssen. Sie erfordern damit eine grundlegende Diskussion, die wir in den folgenden Abschnitten kurz anzudeuten versuchen.

1) Das Leib-Seele-Problem:

Zunächst drängt sich die Frage auf: Ist Enuresis als körperlich-funktionelles Symptom physiologisch oder psychisch bedingt oder spielen evtl. beide Faktorenreihen eine Rolle bei ihrer Entstehung?

Enuresis kann als Körpergeschehen betrachtet werden und wurde auch lange Zeit lediglich als solches gesehen. Erst spät wurde die Beziehung zum Erleben, zur ganzen Persönlichkeit des Enuretikers deutlich. Daraus entwickelte sich allmählich die Ansicht, dass die Störung im ganzen psychisch bedingt sei.

Ohne vorweggreifen zu wollen, muss hier festgestellt werden, dass die Fragestellung "körperlich oder seelisch?" von vornherein den Kern der Sache gar nicht trifft. Was uns in der Untersuchung entgegentritt, ist immer der ganze Mensch als eine in sich geschlossene Persönlichkeit, wobei Leib und Seele nicht zwei selbständige und gegeneinander abgeschlossene Bereiche, sondern eine "integrierte, polar-koexistenzielle Ganzheit" (LERSCH 1956, S. 87) bilden. Jedes Geschehen durchgreift diese Lebenseinheit immer ganzheitlich, womit noch nicht gesagt ist, ob der Anlass vom Körperlichen oder vom Seelischen her erfolgt. Die Umwelt tritt also kommunikativ mit der Leib-Seele-Ganzheit durch verschiedene Einfallstore in Verbindung (LERSCH). Aus diesem Grunde kann das Verhältnis von körperlichem und psychischem Geschehen nicht als Ursache-Wirkungs-Verhältnis interpretiert werden (vgl. dazu auch die Theorie der psychophysischen Äquivalenz bei ALVERDES 1954, ferner die Ausführungen von W. STERN 1950, METZGER 1954, ROHRACHER

1959). Die Antworten des Organismus werden provoziert durch einen als bedeutsam erlebten Weltausschnitt. Zu dieser Welt gehört auch der eigene Körper (ROTHACKER 1952, S. 131).

Grundsätzlich besteht also die Möglichkeit der "Somatisierung" (LÜCKERT 1957, S. 259 ff.) von seelischen Erlebnissen und Konflikten, wobei dieser Vorgang zweifellos nur selten in der Helle des Bewusstseins verläuft. Es lassen sich im Gesamtbereich des lebenden Organismus verschiedene Aktualitätsstufen des Erlebens (LERSCH 1956) herausheben, die aber immer nur prozessual erfasst werden können. Es ist nicht so, dass hier verschiedene Teilbereiche der Person schematisch voneinander geschieden sind und ohne Berührung nebeneinander stehen: das gesamte bewusste und unbewusste Geschehen spielt sich vielmehr immer im Rahmen der ganzen Person ab und durchzieht alle Schichten, allerdings mit jeweils verschiedener Akzentuierung.

Enuresis kann daher nur als ganzheitliche Störung verstanden werden, bei der der Gesamtorganismus den Resonanzboden des Erlebens bildet. Damit ist noch nicht geklärt, warum und wie sich die psychische Gestörtheit der Enuretiker gerade in einem Körpersymptom äussert und welche Rolle die psychischen und physiologischen Faktorenreihen bei der Entstehung des Symptoms spielen.

2) Persönlichkeitsstruktur und Symptomwahl:

Mit den letzten Sätzen wurde bereits eine neue grundlegende Frage angeschnitten: Wie ist überhaupt der Zusammenhang zwischen einem Symptom, etwa der Enuresis, und der gestörten Persönlichkeit zu verstehen? Hinter dieser Frage sind eigentlich zwei Probleme verborgen:

Zusammenhang zwischen Persönlichkeit und innerer Störung,

Zusammenhang zwischen innerer Störung und Symptom.

Wir werden uns zunächst mit dem ersten Zusammenhang beschäftigen, da er erst eine Antwort auf die zweite Frage ermöglicht.

Bei der Begegnung mit einem Menschen erfassen wir neben dem körperlichen Erscheinungsbild zunächst nur sein Verhalten, das wir aber in Beziehung zu seiner Persönlichkeit bringen. Dabei darf nicht übersehen werden, dass dieses Verhalten durch zwei Faktorenreihen bestimmt wird: durch die Persönlichkeitsstruktur und die äussere Situation des Menschen, oder, um mit LEWIN zu sprechen, durch Binnenfeld und Aussenfeld. Seele und Welt sind nicht zwei getrennte Bereiche, sie sind als Aussen- und Innenwelt aufeinander zugeordnet und bilden dadurch eine zweipolige, koexistenzielle Einheit (LERSCH 1956).

Der psychophysische Bereich der Person steht in einem Feldzusammenhang mit den psychophysischen Bereichen der Umgebung; sein Zustand wird deshalb dynamisch von seinem Umfeld wechselseitig mitbestimmt und unterhalten (HELM 1960, S. 372).

Unter dem Begriff der Persönlichkeit verstehen wir die individuelle Wesensart eines Menschen, erfasst als psychosomatische Ganzheit und gestalthaft abgehoben von den jeweiligen Gegebenheiten des korrespondierenden Umfeldes.

Auch ein Konflikt wird immer (von wo aus er auch ausgeht) den Menschen ganzheitlich durchdringen und sich in Entstehung und Auswirkung nur selten klar dem psychischen oder physischen Bereich zuordnen lassen, wenn auch der Schwerpunkt in jedem Fall etwas verschieden gelagert sein mag. Die Erscheinungsform, die wir im Verhalten des Menschen ablesen, ist nicht der Konflikt selbst, sondern immer nur ein Anzeichen seiner Problematik, ob sie nun als Symptom, Ausdruck oder in symbolischem Gewand auftritt. Die Darstellungsform einer Störung ist weitgehend bestimmt durch die Art des zugrunde liegenden Konflikts, durch dessen Entwicklung, durch die Wesensart und Haltung des gestörten Menschen, sowie durch die aktuelle Situation, in der der Konflikt auftritt.

Bei der Enuresis handelt es sich um ein funktionelles Symptom, oder besser um ein Syndrom, da sie im allgemeinen eingebaut ist in eine jeweils verschiedenartig gelagerte Symptomstruktur. Es liegt ihr offenbar eine Störung des Gesamtorganismus zugrunde, die aber vom Symptom her teilweise noch unklar bleibt; da gleich-

artige Symptome auch verschiedenen Hintergründen entstehen können. Es handelt sich aber in jedem Fall anfänglich um eine Beziehungsstörung: der Enuretiker ist nicht nur eine in sich gestörte Persönlichkeit, die Störung hat ihren Kern immer in der gestörten Beziehung zu seiner Umgebung.

Ein Symptom oder Syndrom ist also immer eingelagert in den allgemeinen Lebensstil des gestörten Menschen. Es bildet oft sogar eine Möglichkeit der Daseinstechnik (THOMAE), die durch die charakterliche Struktur nahegelegt wird.

Bei der Interpretation des Symptoms darf nicht nur kausal vorgegangen werden, es ist immer auch zu beachten, ob die Störung eine finale Bedeutung besitzt, ob sie zu einem "Arrangement" (ADLER) gehört.

Als Beispiel aus dem körperlichen Bereich mag das psychogene Erbrechen dienen. Es kommt nicht nur vor, wenn ein Mensch z.B. vor einer schwierigen Aufgabe in unerträglicher Spannung und Erregung lebt (kausal), wir finden auch immer wieder Menschen, die aus einem tiefer liegenden Konflikt heraus nicht essen wollen und diese Weigerung ohne Verbalisation im Erbrechen unbewusst zum Ausdruck bringen (final).

Im allgemeinen wird ein Symptom also kausal und final zu interpretieren sein. Teilweise werden die Störungen auch erst nach einiger Zeit durch finale Tendenzen (z.B. Krankheitsgewinn) überlagert.

MÜCKERT (1957, S. 512 ff.) bringt eine umfassende Darstellung der Funktionen, die ein Symptom erfüllen kann. Besonders wichtig erscheinen für unseren Fall folgende Gesichtspunkte: das Symptom zeigt im allgemeinen einen emotionalen Konflikt an, den es durch eine falsche Verarbeitung reduziert. Da es leicht mit der Störung selbst verwechselt werden kann, täuscht es uns häufig über den eigentlichen Konflikt. Die Symptome haben aber keine eindeutige Beziehung zum Hintergrund der Störung und zeigen auch den Schweregrad dieser Störung nicht eindeutig an. Sie sind immer durch die Gesamtpersönlichkeit mitbestimmt und haben für diese in ihrer spezifischen Situation einen aktiven Sinn (Sicherung, falsche Lebensorientierung etc.). Sie können sich auch vom tragenden Konflikt ablösen und sich mit einer anderen, später auftretenden Störung

verbinden (im Sinne einer funktionellen Autonomie nach ALLPORT 1949). Ein Symptom ist also nicht immer durch dieselbe Störung entstanden, durch die es im Moment bedingt wird.

In diesem Zusammenhang muss auch noch auf die Unterscheidung von FREUD zwischen Psychoneurosen und Organneurosen hingewiesen werden. Bei psychosomatischen Störungen ist das Symptom nicht als Ausdrucksgeschehen interpretierbar (ALEXANDER 1951) und erlaubt daher keinerlei Rückschluss auf den Sinn und die innere Bedeutung des zugrunde liegenden Konflikts. Die Enuresis als funktionelles, aber psychisch bedingtes Körpersymptom steht zwischen beiden Störungsarten, denen sie sich nicht klar zuordnen lässt, da ihre Erscheinungsformen zu vieldeutig sind.

Es soll hier nur noch kurz angedeutet werden, dass auch primär psychogene Störungen (Neurosen) durch ihre Koppelung mit körperlich-funktionellen Symptomen zu bleibenden Organerkrankungen führen können (ALKAN 1930, GÖRING 1937).

Wie kommt es nun aber im Einzelfall zu einer bestimmten Symptomwahl oder (wie bei unserer Untersuchung über die Entstehung der Enuresis) zu einer bestimmten Organwahl? E. STERN (1958) hat hier drei Möglichkeiten erwähnt:

Theorie der Spezifität der Persönlichkeitstypen,
Theorie der Spezifität der Konflikte,
Theorie der Unspezifität.

Sämtliche Haltungen und Theorien finden in der Literatur ihre Vertreter, sind aber durch zahlreiche Unklarheiten noch nicht zu einer treffenden Lösung verarbeitet. Grundsätzlich besteht bei psychosomatischen Störungen die Notwendigkeit einer mehrdimensionalen Diagnostik (KRETSCHMER 1949, 1956, ENKE 1955), wie sie u.a. besonders von KEMPER (1949, 1954, 1958) im Rahmen der psychosomatischen Forschung herausgearbeitet wurde.

Er geht davon aus, dass die Symptome bei psychosomatischen Störungen meist mehrfach determiniert und nicht nur durch einen Faktor erklärbar sind. Er gibt daher als Schema der Organwahl an (KEMPER 1953, 1954, 1957/58):

Organwahl aus Gründen primär somatischer Art,
Organwahl aus Gründen präformierter psychosomatischer
Korrelation,
Organwahl aus primär psychischen Gründen.

In unserem Zusammenhang interessieren der zweite, und vor allem der dritte Punkt. Wir folgen bei diesem daher weiterhin der Darstellung KEMPERs:

Es kann ein zufälliges Ereignis auftreten, das ein bestimmtes affektives Erleben mit einem spezifischen Organgeschehen koppelt und bei Wiederholung einen bedingten Reflex ausbildet. Die Organwahl kann aber auch die Folge einer Identifikation mit einer am selben Organ erkrankten Person sein. Verschiedene Organsysteme sind weiterhin durch ihre Manifestationsmöglichkeiten besonders gut zur Darstellung einer symbolischen Bedeutung geeignet. Ferner kann die Organwahl auch nach dem Talion-Prinzip erfolgen: Bestrafung an demselben Organ, mit dem man sich vergangen hat.

Wir müssen an dieser Stelle darauf hinweisen, dass nicht nur einzelne seelische Erlebnisse psychische oder psychosomatische Störungen hervorrufen, sondern dass diese viel häufiger durch den Einfluss der Atmosphäre einer Dauersituation hervorgerufen werden. Nach zahlreichen Erfahrungen (DUNBAR 1954) kann es als wahrscheinlich angenommen werden, dass bestimmte Persönlichkeitstypen in Belastungssituationen zu bestimmten Störungen neigen - eine Tatsache, die jedem Arzt bekannt ist. Dem entgegen steht die Ansicht anderer Forscher (ALEXANDER 1951), dass die Störung nicht an bestimmte Typen, sondern an bestimmte Affekte und ihre Schicksale gekoppelt sei. Die beiden Stellungnahmen dürften sich näherkommen, wenn man den missverständlichen Begriff "Typus" durch den Begriff der dynamischen Grundkonstellationen ersetzt. Es wird eine unserer wesentlichsten Aufgaben im empirischen Teil dieser Arbeit sein, diese Zusammenhänge und Probleme zu klären.

Die Symptombildung, so können wir sagen, setzt also verschiedene Faktoren voraus. Wiederum war es KEMPER (1949), der in seiner Enuresisstudie für diese Störung eine differenzierte Darstellung der bedingenden Faktoren gab und dabei u.a. ermöglichende, strukturierende und auslösende Faktoren unterschied. Auf dieses

Problem wird an anderer Stelle noch genauer einzugehen sein. Der Vorgang der Symptombildung ist allerdings nur selten in statu nascendi zu verfolgen. Bei späterer Betrachtung tritt erschwerend hinzu, dass sich über die ursprüngliche Problematik sekundäre und tertiäre Züge gelagert haben, die aus der Reaktion des Konfliktträgers und seiner Umgebung stammen. Es ist daher notwendig, den Kern der Störung möglichst genau herauszuschälen.

Unsere eingangs gestellten Fragen können durch diese Ausführungen teilweise beantwortet werden. Es steht fest, dass es sich bei den Enuretikern um seelisch gestörte Kinder handelt, deren innere Konflikte im Symptom der Enuresis zum Durchbruch kommen. Es ist eine Beziehungsstörung, deren "Ursachen" nicht nur in der Persönlichkeit, sondern eben in der gestörten Beziehung zur Umgebung zu suchen sind.

Das Symptom selbst kann durch zahlreiche ineinander verschrankte Faktoren bedingt sein. Es wird die Aufgabe unserer empirischen Untersuchungen sein, die Eigenart und die Bedeutung psychischer und sozialer Faktoren bei der Entwicklung des Enuretikers und seiner Fehlhaltung aufzuzeigen.

3) Das Anlage-Umwelt-Problem:

Mit den Ausführungen des letzten Abschnittes ist eine weitere Frage teilweise schon beantwortet, nämlich: hat die Anlage oder die Umwelt wesentliche Bedeutung bei der Entstehung einer Enuresis? Die Diskussion dieses Problems nimmt einen breiten Raum in der wissenschaftlichen Literatur ein. Dabei ist die Fragestellung in der Form einer Alternative im Grunde bereits verfehlt. Schon W. STERN (1950) wies mit seinem Konvergenzprinzip darauf hin, dass es sich nicht um die Frage Anlage oder Umwelt handelt, dass beide vielmehr zusammenwirken, indem die Anlage als ermöglichender, der Einfluss der Umwelt als realisierender Faktor Bedeutung hat.

Es wurde oben bereits in Anlehnung an LERSCH (1943, 1956) darauf hingewiesen, dass es eine Entfaltung des Seelischen nur in der Begegnung mit der Welt gibt, wobei Aussen- und Innenwelt als zwipolige koexistentielle Einheit, sich gegenseitig bedingend, auf-

inander zugeordnet sind. Wir begegnen also dem Anlage-Umweltproblem eigentlich nur im Moment der Geburt. Beim Kind und erst recht beim Erwachsenen stellt sich die Frage immer nach dem Verhältnis von Persönlichkeit und Umwelt, da jede Prägung und Veränderung im Seelischen die ursprüngliche Anlage überformt. Der Mensch lebt immer in der Verflochtenheit mit der Welt und entwickelt sich nur im Bezug zum Nicht-Ich, zum Anderen.

Durch diese Ausführungen soll nicht geleugnet werden, dass es anlagebedingte Züge der Persönlichkeitsartung gibt (PFAHLER 1953, 1954). Es ist lediglich darauf hinzuweisen, dass diese sich erst in der Begegnung mit der Welt ausformen. Wir werden also bei verschiedenen Verhaltenszügen im innersten Kern meist anlagebedingte Faktoren finden, zumindest in der Form von formalen "Lebenswerkzeugen" (PFAHLER) und Verhaltensmöglichkeiten. Hier ist auch auf die Bedeutung der Konstitution hinzuweisen.

Der Anlagefaktor spielt in jedem einzelnen Falle eine verschieden wichtige Rolle. Von ausschlaggebender Bedeutung ist er beim Psychopathie-Problem. Das wissenschaftliche Lager ist in diesem Punkt geteilt. Wir selbst verwenden den Begriff des Psychopathen selten und wegen seiner sozialen Wertung (auch bei Ärzten und Psychologen!) nur ungern. Will man auf anlagebedingte Züge der Persönlichkeit hinweisen, so genügt eine differenzierte Schilderung dieser Züge. Es nützt ohnehin nicht viel, wenn man statt einer Diagnose nur das Etikett "Psychopath" verwendet. Hier wird im allgemeinen ein kategorialer Beschreibungsbegriff aus dem Verhalten abgeleitet und dann als real dahinter liegende Ursache neben dieses Verhalten verwendet. Die Systematik der Psychopathentypen ist zweifellos unzulänglich und wissenschaftlich unhaltbar (SCHNEIDER 1948, 1950). Die Diagnose wird oft etwas zu leichtfertig benutzt, auch bei Fällen, wo es sich nicht um anlagebedingte Züge, sondern um das Ergebnis langdauernder Prägungsvorgänge handelt. Die Konstanz einer Charaktereigenschaft spricht doch nicht unbedingt für ihre Anlagebedingtheit (THOMAE 1960 a, OTTSCHALDT 1960).

Das Gegenstück zur Psychopathie wird oft in der Verwahrlosung gesehen. Aber bereits HOMBURGER (1926) hat darauf hingewiesen, dass bei den Verwahrlosten neben den milieubedingten Haltungen starke Anlagefaktoren ausgeprägt sind, wenn auch im Verhalten zunächst oft nur das Fehlen erzieherischer Einflüsse im Vordergrund steht.

Was oben vom Verhalten und der Wesensart des Menschen allgemein gesagt wurde, gilt ebenso für das gestörte Verhalten. Die Enuresis, als verschiedenartig bedingtes Symptom einer Beziehungsstörung, kann durch ihre komplizierte Struktur nicht ganzheitlich vererbbar sein. Es ist allerdings denkbar, dass anlagebedingte Charakterzüge die Entstehung einer Enuresis ermöglichen oder nahelegen. Sie brauchen aber zahlreiche Zusatzbedingungen aus der Umgebung der Kinder. Im empirischen Teil soll versucht werden, die Frage ermöglichender Wesenszüge einer Fehlentwicklung noch ausführlicher zu diskutieren und durch konkretes Untersuchungsmaterial einer Klärung näherzukommen.

4) Ursache und Bedingungsgefüge:

Wir sprachen immer wieder von "Ursachen" der Enuresis, benützten diesen Begriff aber nur mit einem gewissen Unbehagen, da er das Gemeinte nicht richtig traf. Er wurde aus den alltäglichen Denker in die Psychologie übertragen, reicht aber hier nicht voll aus. Wir finden beim Verhalten des Menschen nicht nur eine äussere oder innere Ursache, der ein bestimmtes Ereignis folgt. Es ist daher der Sache angemessener, jeweils von bestimmten Bedingungen, von einem Bedingungsgefüge zu sprechen. Das Verhalten wird nicht strekausal hervorgerufen, sondern nur durch verschiedene Bedingungen ermöglicht und nahegelegt. Mit anderen Worten: ein ruhender oder fliessend-beständiger Gleichgewichtszustand zwischen innen und aussen wird durch die Änderung der Randbedingungen gestört und erfordert eine Neuorientierung der Persönlichkeit in der neu geschaffenen Situation. Es handelt sich immer um verschiedene Bedingungen (Polyätiologie). Bei der Untersuchung von Fehlhaltungen ist daher auch - wie bereits erwähnt - immer eine mehrdimensional

Diagnostik erforderlich. Neben der kausalen werden wir dabei auch die finale Betrachtungsweise anwenden, da das Verhalten der Persönlichkeit nicht nur vom Vergangenen bedingt und in der aktuellen Situation gelebt wird, sondern auch immer auf die Zukunft entworfen ist.

5) Die Methode:

Bei unseren Untersuchungen der Enuretiker gingen wir zunächst vom schlicht Angetroffenen aus, wie es sich uns in der jeweiligen Untersuchungssituation bot. Durch die Polyätiologie wird uns eine mehrdimensionale Diagnostik abverlangt. Dabei soll nicht nur die derzeitige Situation in Bezug auf Binnen- und Aussenfeld erfasst werden, sondern auch der Bezug zu Vergangenheit und Zukunft. Das seitherige Leben der Probanden wird als Entwicklungsgang aufgefasst, der in einer jeweils verschiedenen Umgebung mit ihrer spezifischen Atmosphäre verlief. Durch diesen Entwicklungsgang wurden die Probanden in ihrer Wesensart geprägt und geformt. Ihre Haltung ist also nicht nur aus sich, sondern immer auch von der Umgebung her zu verstehen. Neben die phänomenologische Aufhellung der Persönlichkeitsstruktur und der Struktur der derzeitigen Umgebung tritt also die konditional-genetische Analyse (LEWIN 1927) der Entwicklung.

Im Vordergrund steht also die phänomenologische Betrachtungsweise, die nicht nur nach einem real Dahinterliegenden sucht, sondern in der Wesensäußerung das Wesen selbst näherungsweise erfassen will. Neben qualitativen werden auch quantitative Methoden verwendet. Sie sind einander nicht entgegengesetzt, sondern ergänzen sich. Da wir bei unseren Untersuchungen immer die ganzheitliche Persönlichkeit vor Augen haben, stehen die qualitativen Methoden im Vordergrund, denn "sie werden gesteuert durch die Suche nach Bedeutungen und geordnet durch ihren Ganzheitsbezug; ihr Ausgangspunkt und Ziel ist die Wesenserfassung" (SALBER 1960, S. 35). Wir wählen dabei unseren Ausgangspunkt nicht so sehr im Bereich des Erlebnisses, sondern gehen mehr von der Verhaltensbeschreibung aus, die wir in ihren dominanten Zügen erfassen wollen.

Als Methode der Wahl ergab sich für uns zwangsläufig die beschreibende Analyse in einer Fallstudie. Die Situation und die Wesensart unserer Probanden musste durch eine Querschnittsbetrachtung dargestellt werden; sie wurde ergänzt durch eine umfassende Lebenslaufanalyse. Dabei kam es uns nicht auf die Sammlung von Einzeldaten an, sondern auf ihre Interpretation im personalen Zusammenhang, auf ihre individuelle Bedeutung - immer bezogen auf den Lebensraum des gestörten Kindes. Das gesammelte und quantitativ geordnete Material dient also nur zur Klärung und Unterstützung der Befunde unserer Fallstudien.

III) Die Harnblase und ihre Innervation

Es wurde bereits festgestellt, dass man bei der Untersuchung der Enuresis davon auszugehen hat, dass sich auch der gestörte Organismus als Ganzes zu einer bestimmten Situation verhält. Enuresis wird nur verständlich als Symptom einer Fehlhaltung des Gesamtorganismus. Es ist dabei aber immer noch unklar, welche Bedeutung den zugrunde liegenden physiologischen Vorgängen zukommt, nachdem die im vorletzten Abschnitt referierten somatogenetischen Theorien sich als falsch oder zu einseitig erwiesen.

Es ist uns persönlich nicht möglich, die Enuresis nach dieser Seite hin zu untersuchen; dieser Versuch würde auch den Rahmen der vorliegenden Arbeit sprengen. Um aber unsere eigenen Untersuchungen nach dieser Seite hin abzugrenzen und somit den psychischen und sozialen Faktoren ihren rechten Platz zu geben, ist es zunächst notwendig, die anatomischen und physiologischen Grundlagen der Harnentleerung darzustellen. Wir werden über folgende Punkte andeutend referieren:

- anatomischer Bau der Blase,
- Innervation der Harnentleerung,
- Physiologie der Entleerung,
- Einfluss psychischer Faktoren bei der Ausscheidung,
- Systematik der psychogenen und somatogenen Störungen bei der Ausscheidung.

Bei der Behandlung dieser Punkte stützen wir uns ganz auf die einschlägige Literatur, auch dort, wo sie nicht ausdrücklich genannt ist. Die wissenschaftliche Problematik der dargestellten Theorien kann nicht diskutiert werden.

Neben den älteren Werken von ZUCKERKANDL (1899) und VON FRANKL-OCHWARTH UND ZUCKERKANDL (1899) stützen wir uns besonders auf EIN (1948), SCHULTHEIS (1951), SUTER (1951) und BOSHAMER (1953). Eine gute Zusammenstellung, auch der psychischen Faktoren, findet sich bei ADAM (1956).

Die Blase ist ein glatter Hohlmuskel von äusserst variabler Form und Grösse, der sich leer im Bereich des kleinen Beckens befindet und bei zunehmender Füllung aus diesem Raum (maximal bis zur Höhe des Nabels) emporsteigt. Mit dem Nierenbecken ist sie durch die Harnleiter (Ureteren) verbunden, deren Öffnung die hintere Blasenwand im Blasengrund schräg durchbohrt. Im Blasengrund befindet sich auch die Öffnung zur Harnröhre. Die Harnröhre (Urethra) erstreckt sich vom Blasenmund bis zur Spitze des Penis, bezw. zum Scheidenvorhof.

Durch ihre variable Grösse ist die Blase nur locker an benachbarte Organe gebunden (vorne an die Symphyse, hinten an den Mastdarm, bei der Frau an Scheide und Cervicalteil des Uterus). Den eigentlichen Stützpunkt stellt aber die Prostata dar, die das Wurzelstück der Harnröhre umgibt.

Die Muskulatur der Blase ist innen mit Schleimhaut ausgekleidet. Sie besteht aus glatten Muskelfasern und bildet ein vielfach gekreuztes und ungeordnet wirkendes Gitterwerk von Muskelbündeln. In der äusseren und inneren Schicht befinden sich mehr longitudinal, in den mittleren Schichten mehr zirkulär verlaufende Fasern. Von der äusseren Längsschicht dieser Detrusormuskulatur gehen Teile an die Schambeinfuge (Symphyse), in die Prostata und in die Harnröhre. Aus der mittleren, zirkulären Schicht bildet sich am Blasengrund eine dichtere Faserschlinge, welche die Harnröhre als ringförmiger Schliessmuskel (Sphincter vesicae) in einer schräg nach vorne und unten gerichteten Ebene umschliesst. Nach neueren Ergebnissen (SCHULTHEIS 1951) wird die Harnröhrenöffnung nicht zugespresst, sondern durch einen sich in die Öffnung einlagernden Wulst glatter Detrusormuskulatur verschlossen. In der Harnröhre erstrecken sich glatte Muskelfasern beim Mann bis etwas unterhalb der Prostata, bei der Frau bis zur Mitte der Harnröhre und stehen in Verbindung mit der Muskulatur des Trigonums, ebenso wie die longitudinalen Fasern, die bis zur Pars cavernosa reichen. In diese glatte Muskulatur im Bereich der Schwellkörper

sind quergestreifte Fasern eingeflochten, die gegen die Pars diaphragmatica der Harnröhre hin immer zahlreicher werden und den Harnkanal in Ringen umgreifen (Sph. externus = Sph. urethrae diaphragmaticae). Diese Fasern stammen vom quergestreiften M.transversus perinei profundus, der die Grundlage des Diaphragma urogenitale bildet.

Die Niere sondert in 24 Stunden durchschnittlich 1 500 ccm Harn ab. Diese Menge hängt natürlich u.a. auch von der Grösse des Organismus ab. Nach CHRISTOFFEL (1944) beträgt sie beim Neugeborenen 1,5 - 2 dl, beim Säugling 0,5 l, beim Drei- bis Fünfjährigen etwa 0,7 l, bei der Frau 1 - 1,5 l und beim Mann 1,5 - 2 l. Diese Mengen können bei grossem Wasserverlust ohne krankhafte Verhältnisse erheblich reduziert werden und bei erhöhter Flüssigkeitsaufnahme auch stark ansteigen. Da immer alle harnfähigen Stoffe ausgeschieden werden, schwankt die Konzentration des Harns vom hyper- zum hypotonischen Pol (REIN 1948).

Im Wachen wird zwei- bis dreimal so viel Harn produziert wie im Schlaf; die Nykturie, bei der sich die Hauptproduktion in der Nacht vollzieht, wird als Zeichen körperlicher Krankheit betrachtet.

Die Harnblase hat bei Neugeborenen ein Fassungsvermögen von etwa 0,5 dl; beim 12-13-Jährigen fasst sie 1 l, beim Erwachsenen etwa 1,5 l. Sie ist also in Bezug auf die Tagesharnmenge bei Kindern relativ klein, woraus sich auch deren häufigere Miktion erklärt. So erfolgt die Entleerung in 24 Stunden beim Säugling 20mal, beim Einjährigen 10-15mal, beim Erwachsenen etwa 5mal (Angaben nach CHRISTOFFEL 1944).

Die Blase umschliesst ihren Inhalt in jedem Füllungszustand mit einem bestimmten Tonus, der an die Füllung angepasst ist.

Die Blase dient funktionell als Behälter und als Austreibungsorgan. Ihre Innervation erfolgt über drei funktionell zusammenhängende Systeme:

1) im Lendenmark (4.-6.Lumbalsegment) und im Kreuzmark (2.-4.Sacralsegment) befinden sich 2 relativ selbständige Blasenzentren, deren antagonistische Innervationen der Blase über verschiedene Zentren übermittelt werden.

- a) Die sympathischen Zentren des Lendenmarks innervieren über die Vorderwurzeln, den Grenzstrang und den Plexus hypogastricus den Detrusor und den Sphincter vesicae internus gegensätzlich (Verstärkung des Blasenschlusses, Verminderung des Detrusortonus - Blase als Behälter).
 - b) Die N.pelvici entspringen als parasympathisches Nervenbündel im Sacralmark und verlaufen in der Bahn des 1.-3. N.sacralis zum Ganglion des Plexus rectalis. Sie enthalten u.a. motorische Fasern für die Muskulatur der Blase und hemmende für die glatte Muskulatur der äusseren Genitalien. Sie innervieren die Öffnung des Sph. vesicae internus und gleichzeitig die Kontraktion des Detrusors (Blase als Austreibungsorgan).
 - c) Der N.pudendalis ist mit dem sacralen Blasenzentrum verbunden und zieht als motorischer Nerv zum Sph.urethrae diaphragmaticae. Er dient der willkürlichen cerebrospinalen Innervation dieses Sph.externus.
- 2) Zwischen diese Nervenfasern und die Blasenmuskulatur sind periphere Ganglienapparate geschaltet, die in und neben der Blasenwand liegen (intramurales System). Sie werden vom Sympathicus und vom Parasympathicus beeinflusst, können aber bei Ausfall dieser Innervation die Blase bei einem bestimmten Füllungsgrad relativ selbständig reflektorisch entleeren.
- 3) Bei intaktem Zentralnervensystem wird die (Behälter-) Funktion des Lendenmarks über cerebrospinale Bahnen, d.h. durch Eingriff höherer Zentren, gehemmt, so dass es zu einer willkürlichen Miktione kommen kann.

Das Problem der Blasenzentren im Gehirn ist noch nicht ganz geklärt. In der Hirnrinde scheint am Ort des Zentrallappchens die bewusste Empfindung und der Ausgang willentlicher Regulierung der Blasentätigkeit lokalisiert zu sein. Bei Rindenschädigungen dieser Sphäre kommt es aber nicht nur zu Störungen der Blasentätigkeit, sondern immer auch zu Empfindungs- und Bewegungsstörungen der unteren Extremitäten. (CHRISTOFFEL 1944)

Im Zwischenhirn (Höhlengrau des 3. Ventrikels) wird ein subthalamisches vegetatives Zentrum angenommen, über das Stimmungen und Affekte auf die Blasenfunktion einwirken können und zwar nur durch Vermittlung des parasympathischen Systems (N.pelvicus) (CHRISTOFFEL 1944, TRAMER 1949).

Nach einer Rückenmarsdurchtrennung zwischen den Zentren und dem Gehirn ist der normale Entleerungsvorgang nur kurze Zeit im Sinn der Harnverhaltung gestört, dann übernehmen die Zentren im Lenden- und Kreuzmark selbständig ihre Funktionen. Die Einleitung der Miktion kann in diesem Fall nicht mehr willkürlich gefördert oder unterbunden werden, sie tritt reflektorisch durch Erschlaffung der Sphincteren ein, wenn die Blase einen bestimmten Füllungsgrad erreicht hat.

Durchschneidung der sympathischen Bahnen hat eine Schwäche der Verschlussdichte zur Folge, in Verbindung mit einer vermehrten Tonisierung der Blasenwand (Überwiegen der parasympathischen Innervation). Durchschneidung der N.pelvicus verursacht Unempfindlichkeit, Lähmung des Detrusors und Verschluss des Auslasses, während Durchschneidung des N.pudendalis den Sph.externus lähmt und dadurch den Verschluss schwächt.

Die Innervation der Blase steht in einem gewissen Zusammenhang mit der Innervation des Genitalsystems, der beim männlichen Geschlecht stärker im Vordergrund steht als beim weiblichen. Da das sacrale Zentrum auch den Geschlechtsfunktionen dient, sind Irradiationen bei starken Reizen oder bei hohem Affekt-Druck physiologisch leicht möglich (TRAMER 1949). Durch die Reizleitung in den gleichen Bahnen besteht ein analoges Verhältnis zwischen der Reizung der beiden Systeme, "Steilung von Blasenwand und männlichem Glied sowie weiblichem Kitzler sind also gleichsinnige Vorgänge" (CHRISTOFFEL 1944, S.149).

Aus dem Nierenbecken wird der Harn unter Mitwirkung der Ureterenmuskulatur in die Blase befördert. Dieser Vorgang wird

durch den N.hypogastricus gefördert, durch den N.splanchnicus teils gefördert, teils gehemmt.

Von einem gewissen Füllungsgrad der Blase an (nach CHRISTOFFEL 1944 3-5 Deziliter) entsteht hinter der Symphyse, nach der Harnröhrenöffnung ausstrahlend, das Gefühl des "Harndranges". Er wird subjektiv als ein Prickeln bis Brennen in der Harnröhrengegend empfunden; dabei entwickelt sich oft ein Wärmegefühl, zum Teil mit Schwitzen an Unterbauch und Oberschenkelinnenseiten. Bei höheren Füllungsgraden kommt es zu Druck- und Schweregefühlen in der Unterbauch-Mitte (CHRISTOFFEL 1944). Der Harndrang ist nicht starr an einen bestimmten Füllungszustand der Blase gebunden. Durch Einschaltung höherer Zentren kann sich der kritische Füllungsgrad stark nach oben und nach unten verschieben: die Blasenfüllung bleibt z.B. lange Zeit unbemerkt bei intensiver Konzentration auf eine Arbeit etc., während durch Angst, Aufregung, Unlust etc., schon bei geringer Blasenfüllung ein erheblicher Harndrang auftreten kann (REIN 1948). Er dient als Signal zur Harnentleerung.

Wird durch Innervation der Lendenmarkzentren der Blasenschluss verstärkt, so gibt die Blasenwandspannung reflektorisch etwas nach, so dass eine weitere Blasenfüllung möglich ist. Die willkürliche Entleerung wird eingeleitet durch Erschlaffung des Sphincter externus (innerviert über den N.pudendalis); der Sphincter internus ist dann schonöffnungsbereit oder geöffnet, der Detrusor wird durch Hemmung der Innervation des lumbalen Zentrums vom Grosshirn her gegensätzlich tonisiert. Die Blase wechselt in ihrer Funktion vom Behälter zum Austreibungsorgan. Nach SCHULTHEIS (1951) u.a. spielt sich die Dynamik der Entleerung etwas anders ab: bei Einleitung der Austreibungsphase tonisiert sich gleichzeitig mit der übrigen Detrusormuskulatur auch der Schlingenapparat am Blasenauslass (der ja nach Ansicht des Autors die Harnröhre nicht umschliesst, sondern nur die Öffnung durch Einlagerung des Wulstes verschliesst) und gibt den Blasenauslass frei.

Die Blase richtet sich durch Kontraktion der zirkulären Fasern

auf; durch Zusammenziehen der Längsmuskulatur verkleinert sich die Oberfläche und setzt den Inhalt unter Druck. Die Austreibung kann durch Mithilfe der Bauchpresse beschleunigt werden. Die letzten Tropfen werden durch Kontraktion der quergestreiften Harnröhrenmuskulatur hinausgepresst. Der Miktionsakt wird willkürlich ausgelöst und verläuft dann automatisch. Der Harnstrahl kann willkürlich unterbrochen werden durch Kontraktion des quergestreiften Sph.urethrae diaphragmaticae unter Mithilfe der Dammuskulatur, durch jene Muskelgruppe also, die auch Widerstand gegen den Harndrang leistet.

Es ist zu beachten, worauf SCHWARZ (1925) hinweist, dass man nicht einzelne Kontraktionen der Blasenmuskel aktivieren, sondern nur die Blasenfunktion als Ganzes auslösen kann. Die allgemeine Situation spielt beim Miktionsakt immer eine gewisse mitbestimmende Rolle.

Durch die integrative Verflochtenheit körperlicher und seelischer Abläufe im Ganzen des menschlichen Organismus sind die geschilderten Funktionen vielfach gekoppelt und durchflochten von seelischen Regungen, die ihren Ablauf mitbestimmen können. Die Eingriffsstelle von Störungen kann dabei primär auf somatischem oder psychischem Gebiet liegen, immer jedoch handelt es sich dabei um eine Störung des Gesamtorganismus.

WITTKOWER (1936) berichtet, dass psychische Störungen des Salz-Wasser-Haushaltes bei quantitativen Harnuntersuchungen deutlicher als bei Blutuntersuchungen zutage traten. Er referiert Versuche, bei denen durch hypnotische Trinksuggestionen ohne reale Flüssigkeitsaufnahme die Menge des ausgeschiedenen Harns vermehrt werden konnte. Neben der Menge kann sich unter Affekteinfluss auch die Zusammensetzung des Harns verändern. Alle diese Veränderungen zeigen aber nach WITTKOWER keine Gesetzmässigkeiten im Zusammenhang mit den spezifischen Affekten, es können auch bei der gleichen Versuchsperson an verschiedenen Versuchstagen gegenteilige Erscheinungen auftreten.

Psychogene Harnverminderung ist selten, während Harnvermehrung (Polyurie) auf psychischer Grundlage häufiger auftritt. Dabei wird das Wasser meist dünner und klarer (Urina spastica = "Angstharn"). Bei Aufregungen und Depressionszuständen wird die Reaktion auch nach der alkalischen Seite verschoben, wodurch es zur Ausfällung von Kalksalzen im Urin kommt, der jetzt weiss aussieht (Kalkaiurie = "Milchpissen") (CHRISTOFFEL 1944).

Standen seither Harnmenge und Harnzusammensetzung zur Rede, so handelte es sich immer noch um Besprechungen der Nierenfunktion, soweit sie psychisch determiniert war. Aber auch die Blase kann über Regulationsstellen im Gehirn psychischen Einflüssen leicht zugänglich sein, CHRISTOFFEL (1944) bezeichnet sie als feinstes Aesthesiometer und bewertet ihre Empfindlichkeit auf psychische Reize noch höher als die des Blutdrucks. Ihre Reaktion fällt erst bei tiefster Narkose weg (Harnvernichtung!), ist sonst aber immer leicht auslösbar.

Es lassen sich folgende psychogene Störungen unterscheiden, die allerdings im Symptombild nicht immer klar von somatischen Störungen zu trennen sind und daher stets eine genaue Untersuchung erfordern:

- (1) Imperativer Harnrang: meist verbunden mit Pollakisurie: bei Aufregungen, ängstlicher oder freudiger Erwartung etc. kann es zu einem heftigen, plötzlich auftretenden Harnrang kommen, der zu sofortiger Entleerung zwingt, auch wenn die Blase nur minimal gefüllt ist (Heraufsetzen des Detrusortonus).
- (2) Pollakisurie: häufiges Harnlassen, das nicht verwechselt werden darf mit der Polyurie, bei der es zu einer krankhaften Vermehrung der Harnmenge kommt. Oft auch als Harnblasenneurose, reizbare Blasenschwäche, irritable bladder bezeichnet.
- (3) Psychogene Inkontinenz (Harnträufeln): die Möglichkeit einer solchen psychogenen Inkontinenz im Gegensatz zur organisch bedingten wird von zahlreichen Forschern bestritten.

- (4) Streng davon zu trennen ist die Enuresis, bei der der Harn nicht permanent tröpfelnd abgeht, sondern in verschiedenen Zeitabständen im Strahl entleert wird.
- (5) Die psychogene Harnverhaltung (Retentio urinae): der Patient kann den Urin nicht an bestimmten Orten oder zu bestimmter Zeit als Soll oder Muss entleeren, die Harnentleerung kann nicht willkürlich eingeleitet oder ausgelöst werden. Die Formen dieses Leidens sind sehr verschiedenartig: oft handelt es sich um eine allgemeine Miktionshemmung, oft ist das Urinieren nur an bestimmten Orten (z.B. in fremder Umgebung), im Beisein von Personen oder bestimmter Personen nicht möglich. Eine gewisse Verwandtschaft mit diesem Symptom zeigt das Harnstottern, bei dem der Patient den Harn nur in kleinen Mengen schubweise, aber nicht auf einmal entleeren kann.

Trotz einiger Kernsymptome lassen sich diese Störungen nicht immer ganz klar scheiden, es gibt zahlreiche Übergänge. So verwundert es nicht, dass CHRISTOFFEL (1944) die psychogenen Störungen des Miktionsaktes als Störungen der Harntriebhaftigkeit zusammenfasst und in einer Linie zwischen 2 Polen sieht: Enuresis auf der einen Seite und Harnverhaltung (enuretischen Typs) auf der anderen Seite.

Von den beschriebenen Symptombildern sind folgende somatischen Störungen der Blasenfunktion diagnostisch klar abzuheben, die durch anatomische Veränderungen des Urogenitalsystems oder seines Nervenapparates entstehen können:

- (1) Störung der Miktionsfrequenz
- (2) Störung des Miktionsaktes
- (3) abnorme Sensationen
- (4) Harnverhaltung
- (5) Harninkontinenz
- (6) Harndurchbruch.

Der Blasentonus ist also nicht nur durch pathologische Verän-

derungen beeinflussbar, sondern auch durch alle möglichen Reize peripherer und endogener Natur. So werden besonders häufig genannt: Affekte (Angst, Aufregung etc.), evtl. auch schon durch Vorstellungen ausgelöst, Gewohnheiten, aber auch Kältereize, Erschütterungen des Körpers (z.B. Harnabgang bei heftigem Lachen etc.) und vieles andere mehr.

Zu einer einmaligen Harnentleerung kann es demnach unter physiologischen Bedingungen bereits bei starkem Affektaruck kommen. Das ist besonders deutlich in Schocksituationen, wenn z.B. der Organismus durch einen heftigen Schreck in überstarke Spannung versetzt wird, deren Abfuhr aber durch eine gewisse Schreckstarre (man ist wie gelähmt) verhindert ist. Hier kann die Spannung ins Somatische irradiieren und sich über eine vegetative Steuerung in verschiedenen Reaktionen entladen (HESS, zitiert nach KRETSCHMER 1949, 1956, LEMPE 1956). Diese akuten Zwischenfälle und Entladungen gehören in den Rahmen der Primitivreaktionen. Von der Enuresis unterscheiden sie sich aber grundlegend gerade durch die akute Form, da die Definition der Enuresis nicht ein einmaliges Leiden, sondern eine chronifizierte Fehlhaltung voraussetzt.

Das Einnässen kommt in den meisten Fällen zur Nachtzeit vor (daher auch der geläufige Ausdruck "Bettnässen"). Das hängt mit der Situation des Organismus beim Schlaf zusammen. Das häufige Einnässen bei Nacht ist vor allem auch insofern auffallend, als die Wasserausscheidung normalerweise tagsüber grösser ist (BLECKMANN 1955). Im Schlaf lässt aber die Steuerung der Motorik nach, seelische Erregungen und Spannungen können leichter als bei vollbewusster Steuerung über die Körpermotorik abregliert werden. Das ist aber nicht so zu verstehen, als seien im Schlaf bestimmte Bereiche des Organismus ausgeschaltet. Der Schlaf ist keine spezifische Reaktion, sondern ein Gesamtverhalten des Organismus (GESELL, zitiert nach BLECKMANN 1955). Durch Veränderung der Bewusstseinslage wird lediglich das innere Feld (und damit auch das Aussenfeld) umstrukturiert;

im Verhalten des Organismus steht die restaurative Tendenz im Vordergrund. Der Mensch reagiert im Schlaf also primitiv-ganzheitlicher, seine Persönlichkeitsstruktur verliert im Binnenfeld teilweise an Konturiertheit.

Zusammenfassung:

Enuresis muss klar von der somatisch bedingten Harninkontinenz unterschieden werden. Sie stellt eine unwillkürliche Harnentleerung im Strahl dar, die nicht durch anatomische Veränderungen der Harnorgane erklärt werden kann. Auch eine organische Schädigung der nervösen Innervationszentren würde andersartige Störungen hervorrufen.

Da die physiologischen Vorgänge bei der Harnentleerung stark mit dem seelischen Erleben verflochten sind, ist ein Einfluss von momentaner oder habitueller seelischer Gestörtheit auf die Ausscheidungsfunktionen (von Niere und Blase) durchaus gegeben. Der Einfluss seelischen Erlebens auf die Harnentleerung kann an zahlreichen Versuchen und Erfahrungen nachgewiesen werden.

Wir können daher zusammenfassend sagen, bei der Enuresis handle es sich um eine Störung der Harnentleerung, die durch eine Fehlsteuerung des Innervationsverlaufes auf Grund psychischer Einflüsse bedingt ist. Dabei ist die Gesamtlage des Organismus stets zu berücksichtigen. Die Art der störenden psychischen Einflüsse muss durch unsere weiteren Untersuchungen geklärt werden.

IV) Die Reinlichkeitserziehung beim normalen Kind

Die hohe Bedeutung, die der Reinlichkeitserziehung bei der Entstehung einer Enuresis zukommt, ist von vornherein einleuchtend. Sie stellt ja entweder ein Verharren in einem "unerzogenen" Zustand oder ein Zurückgleiten in ihn, je nachdem, ob das einnässende Kind schon sauber war oder nicht.

Ogleich also die Bedeutung der Reinlichkeitserziehung klar ist, kennt man doch noch nicht die Rolle, die sie bei der Entstehung der Enuresis ganz konkret spielt. Es ist also zu fragen, ob und wie die Erziehung in der Phase der Sauberkeitsgewöhnung bei der Genese der enuretischen Fehlhaltung mitwirkt.

Der Lösung dieser Frage wird man am ehesten näherkommen, wenn man den Verlauf der Sauberkeitsgewöhnung beim normalen Kind verfolgt und erst dann zu der Untersuchung übergeht, welche Faktoren bei einer Fehlentwicklung verändert waren.

Es ist natürlich nicht möglich, die Reinlichkeitserziehung isoliert zu betrachten. Sie ist unlösbar eingebettet in den Verlauf der Gesamtentwicklung des Kindes und stellt nur einen Teil der erzieherischen Einwirkungen dar, die von der ganzen Umgebung ausgehen. Daher müssen wir im folgenden die wissenschaftlichen Erkenntnisse über die Entwicklung des Kleinkindes berücksichtigen, müssen auch die jeweilige Situation des Kindes miteinbeziehen, vor allem auch die erzieherischen Massnahmen, die die Umgebung ergreift (samt der Einstellung und inneren Haltung, die hinter ihnen steht).

Die Reinlichkeitserziehung darf aber nicht nur vom Erzieher und seinem Ziel her gesehen werden. Es muss auch berücksichtigt werden wie das Kind diese Erziehung erlebt.

chon bei der Besprechung der physiologischen Grundlagen wurde deutlich, dass der Harnapparat in seiner Funktionsregelung eine Zwischenstellung einnimmt, da er sich aus glatten und quergestreiften Muskelfasern zusammensetzt und somit gleichzeitig einer unwillkürlichen und willkürlichen Regulation unterliegt. Die Sauberkeitsgewöhnung in der frühen Kindheit macht sich diesen Umstand zunutze, um das Kind durch Training der willkürlich beeinflussbaren Muskelgruppen an den Zustand der Sauberkeit zu gewöhnen.

Beim Säugling wird Kot und Harn reflektorisch entleert.

STIRNIMANN (1940) betont, dass die Reinlichkeitserziehung bereits in diesem Stadium zu beginnen hat und schildert, dass man schon Säuglinge durch geschicktes Beachten und Ausnutzen ihrer Entleerungszeiten sauber halten kann. Man verhindert damit, dass das Kind sich an die warme Feuchtigkeit des nassen Bettchens gewöhnt und sie als etwas Lustvolles empfindet (was nach STIRNIMANN Anfangs nicht der Fall sein soll), man verhindert damit also das Einschleifen einer falschen Gewohnheit.

Das "physiologische" Linnässen soll im Laufe der Reinlichkeitserziehung allmählich durch die willkürliche Beherrschung der Blasenfunktion unterbunden werden. Der Erwerb dieser Beherrschung gliedert sich nach HOMBURGER (1926) in zwei einander überlagernde Prozesse:

- a) den Erwerb als Entwicklungsvorgang (die reflektorische Sphinktererschaffung wird durch eine willkürliche Sphinktersteuerung überbaut. Diese Entwicklung ist abhängig von der Markscheidenreifung der cerebrospinalen Nervenbahnen, die erst im Laufe des ersten Lebensjahres abgeschlossen wird);
- b) den Erwerb als Erlernung durch Übung und Gewöhnung. Dies ist der Ansatzpunkt der Erziehung, die allerdings immer eingebettet ist in die allgemeine erzieherische Haltung der Umgebung und niemals isoliert in ihren einzelnen Massnahmen, Vorgängen und Einwirkungen betrachtet werden darf.

Die Reinlichkeitserziehung kann also beginnen, wenn der Körper,

vor allem die nervösen Organe, ausgereift sind. Zu dieser Reifung kommt aber als weitere Vorbedingung auch noch die seelische Entwicklung, die das Kind auf ein Entwicklungsniveau hebt, das eine Steuerung der körperlichen Funktionen ermöglicht.

Der Säugling lebt noch nicht abgehoben von seiner Umwelt, er lebt vorwiegend seinen leiblichen Bedürfnissen und Funktionen. Erst allmählich wird das Dahindämmern für kurze Zeitspannen unterbrochen, das Kind wendet sich immer mehr spontan der Umwelt zu (vgl. auch die Schlaf-Wach-Verteilung, HETZER 1958). Zu dieser Umwelt gehört am Anfang vor allem anderen auch der eigene Körper, der erforscht und dessen Funktionen geübt werden. Dabei tritt das gesteuerte Verhalten immer stärker in den Vordergrund. Mit etwa einem Jahr ist eine gewisse Harmonisierung des Gesamtorganismus erreicht, die allerdings in der Folgezeit durch gewaltige Umstellungen wieder erschüttert wird: das Kind lernt Gehen, auch die Sprachentwicklung setzt ein und etwas später auch die Entwicklung des eigenen Willens (METZGER 1961, 1956). Das Kind wendet sich also zunächst ungerichtet der Welt zu, erst später differenziert sich diese Zuwendung in verschiedene Strebungen.

Gerade in diesem Zeitabschnitt beginnt im allgemeinen auch die "Dressur" zur Sauberkeitsgewöhnung. Inzwischen hat sich aber das physiologische Einnässen wesentlich verändert: war es beim Säugling nur ein reflektorischer Vorgang, der dumpf in einem Lustgefühl der Erleichterung erlebt wurde, so erlebt das Kind das Einnässen jetzt klarer als einen Vorgang am eigenen Körper, als einen Vorgang, bei dem es in eigener Person beteiligt ist. Es steht jetzt diesem Geschehen, wenn auch noch sehr hilflos, gegenüber. Dabei ist es weder körperlich noch seelisch in der Lage, diese Funktionen zu steuern, es wird vom Urindrang überrascht und überwältigt, selbst wenn ihm das bereits unangenehm ist. Im übrigen dürfte der eigentliche Entleerungsvorgang, das "Verströmen", in diesem Alter durchaus lustbetont sein, kann aber bereits jetzt durch eine erzieherisch gesetzte

Angst überlagert werden, wenn das Kind oft wegen seines Einnässens gescholten oder gar gestraft wird.

Von der reflektorischen und der passiv erlebten Entleerung ist als dritte Entwicklungsstufe nach allmählichem Übergang die reife Miktion des Erwachsenen zu unterscheiden. Nachdem die Beherrschung der Blasenfunktion erlernt und automatisiert wurde, stellt die willkürliche Entleerung eine klar umgrenzte Handlung dar, die willentlich ausgelöst wird und dann reflektorisch weiterverläuft. Sie kann unter normalen Umständen jederzeit willkürlich unterbrochen werden. Unwillkürliches Einnässen stellt dabei einen Rückfall auf die geschilderte zweite Stufe, die passiv erlebte Entleerung dar, mag dieses Erlebnis klar bewusst oder nur dumpf empfunden sein, wie z.B. im Halbschlaf. Es ist dabei grundsätzlich festzuhalten, dass die willkürliche Entleerung nicht nur eine lokale Funktion darstellt, sondern eine Gesamtreaktion des Organismus, eng verflochten mit zahlreichen anderen körperlich-seelischen Reaktionen. Man kann, wie SCHWARZ (1925) betont, nur immer "mit ganzer Seele urinieren".

Die Regulation der Blasenmuskulatur (einschliesslich des Registrierens des jeweiligen Tonuszustandes) braucht nicht immer klar bewusst zu sein; sie kann am besten durch den Begriff des "Mitbewussten" (ROHRACHER 1959) beschrieben werden: man ist sich über die Notwendigkeit einer Blasenentleerung im klaren, ohne besonderes Augenmerk darauf zu richten, auch der Ablauf der Entleerung ist so weit automatisiert, dass eine klar bewusste Kontrolle nur selten notwendig ist (meist ist sie nur auf die Anpassung an die Gegebenheiten einer fremden und ungewohnten Umgebung gerichtet). Lediglich im Fall überstarken Harndranges steht das Bedürfnis nach Entleerung so sehr im Vordergrund, dass das ganze Erleben auf diesen Punkt eingeengt wird und er daher die ganze Aufmerksamkeit in Anspruch nimmt.

Da die geschilderten drei Stufen nur ein ganz oberflächliches

Bild der Entwicklung geben, soll im folgenden versucht werden, die Reinlichkeitsgewöhnung beim normalen Kind entwicklungs-mässig genauer anzuweisen. Wir stützen uns dabei besonders auf die von GESELL (1953, 1954) gegebenen Daten.

Die Entwicklung der Blasenkontrolle (wie auch der Darmkontrolle) ist eingebettet in die ganzheitliche Entwicklung des Kindes. Sie kann daher auch von Störungen mit ergriffen werden, die an ganz anderen Schichten und Punkten ansetzen, oft auch durch Verlangsamung der intellektuellen, charakterlichen oder körperlichen Entwicklung unterstützt. Bei psychischen Störungen oder Hemmungen der Sauberkeitsentwicklung handelt es sich also meist um den Ausdruck einer Störung in der Gesamtentwicklung. Dass dies im Kleinkindalter häufig vorkommt, liegt vor allem auch an der psychosomatischen Labilität dieser Entwicklungszeit.

Von hier aus kann die Sauberkeitsgewöhnung auch definiert werden als ein Beitrag zur Stabilisierung des Gesamtorganismus, die ja Inhalt und Ziel der ganzen Entwicklungsstufe bildet und sich u.a. auch im Erwerb des Gehens und Sprechens äussert. (LERSCH 1951, HETZER 1958). Nach GESELL (1953, 1954) bemerkt man beim vierwöchigen Säugling das Einnässen während des Schlafes oft an einem kurzen Aufschreien. Mit 16 Wochen hat sich der Organismus in seinen Funktionen etwas stabilisiert, das Einnässen erfolgt nicht mehr so häufig, es wird aber mehr Urin auf einmal entleert. Mit 40 Wochen hat sich das so weit verstärkt, dass der Säugling nach dem Schlaf oft noch trocken ist und geschickt "abgefangen" werden kann. Durch die Umstellung beim Erlernen von Stehen und Gehen ergeben sich aber beim Einjährigen wieder neue, vorübergehende Schwierigkeiten und Störungen. Dabei wird aber der nasse Zustand oft als unerträglich empfunden. Das 1 1/4-Jährige lässt sich schon gern auf das Töpfchen setzen. Die Steuerung von Hemmung und Entleerung muss sich erst einspielen, muss eingeübt werden. Es gibt deshalb um diese Zeit noch zahlreiche Pannen. Mit 1 1/2 Jahren ist das Kind bereits fähig, sich zu melden - meist allerdings erst nach dem Einnässen. Aber bereits mit

1 3/4 Jahren meldet es sich gelegentlich vorher und zeigt grosse Freude an einem "Erfolg". Um diese Zeit nehmen die Blasenentleerungen wieder etwas zu, wodurch es zu einer durchaus normalen Steigerung des Einnässens kommen kann. Tagsüber wird das Kind früher sauber als nachts. So sind die Funktionen beim Zweijährigen besser aufeinander abgestimmt, es meldet sich auch schon vor dem Einnässen, braucht aber zur Auslösung der Entleerung die vertraute Umgebung oder die Unterstützung der Mutter (Wasser laufen lassen, lautmalendes Zischeln). Nachts kommt es in diesem Alter noch immer gelegentlich zum Einnässen. Das Kind wird jetzt aber selbständiger und unabhängiger. Mit 3 Jahren wird das Einnässen normalerweise nur noch sehr selten vorkommen, das Kind bleibt auch nachts trocken (entweder schläft es ganz durch oder wird bei starkem Harndrang von allein wach).

Die Reinlichkeitserziehung ist also nur ein Ausschnitt aus einem lang verlaufenden Entwicklungsprozess, einer Umstellung des Gesamtorganismus und setzt sich aus einer Entwicklungs-komponente und dem erzieherischen Einfluss der Gemeinschaft zusammen.

Im Verlauf der Reinlichkeitserziehung kommt es dabei immer wieder zu Konflikten, die vom Erzieher rechtzeitig abgelenkt und vom Kind in irgendeiner Form verarbeitet werden müssen.

Ein häufiger Konflikt entsteht aus der Annahme des Erziehers, die Reinlichkeitserziehung (und die Erziehung überhaupt) nehme einen linearen Verlauf, d.h., das Kind entwickle sich kontinuierlich zu immer höherer Vollkommenheit in der Beherrschung seiner Funktionen. Das ist allerdings nicht der Fall. Es mag o.U. oft vorkommen, dass ein Kind bereits zur Sauberkeit erzogen (oder dressiert) wurde, sich also brav auf den Topf setzen lässt, ohne diese Situation voll zu verstehen.

Durch eine momentane Indisponiertheit oder Erregung kann es bei solchen Kindern vorkommen, dass sie plötzlich wieder ins Bett

nässen. Der Erzieher wird sich jetzt auf den Standpunkt stellen "er (oder sie) kann es doch!" und greift u.U. sogar zur Strafe.

Vom Kind her gesehen gibt es hier zwei Möglichkeiten zu re - agieren: entweder gibt das Kind in seiner Bravheit und Willigkeit seinen Urin unter erzieherischem Druck immer gleich ab, also auch im unpassenden Moment (es nässt also aus Gehorsam ab und zu ein und wird zum Enuretiker "erzogen"). Es kann aber auch so kommen, dass das Kind gegen den Druck des Erziehers protestiert und den Urin zurückhält, wenn eine Abgabe verlangt wird. Auch hierbei kommt es zu einem inadäquaten Urinieren in dem Moment, wenn man das Kind wieder in sein Bettchen legt.

Bereits an diesem Beispiel wird deutlich, wie sehr es darauf ankommt, durch welche erzieherische Haltung die einzelnen Erziehungsmittel und Erziehungs"massnahmen" getragen sind.

Die Erziehung zur Sauberkeit bedient sich als Erziehungsmittel vorwiegend der Gewöhnung (damit verbunden ist natürlich immer die Entwöhnung vom Einnässen, die um so erfolgreicher ist, je weniger lustbetont und affektbesetzt dieser Vorgang ist). Die Möglichkeit der Umstellung, auch die Leichtigkeit und Schnelligkeit, ist immer abhängig vom Gesamtorganismus und seinem momentanen Zustand auf der einen Seite und von den mehr oder weniger geschickten und erfolgreichen Bemühungen der Erzieher auf der anderen Seite.

Es lassen sich dabei einige periphere Umstände herausheben, die diese Umstellung verzögern oder stören können (HOMBURGER 1926): hier sind zunächst zu nennen übergrosse Flüssigkeitszufuhr, auch deren unzweckmässige zeitliche Verteilung, sowie ungenügende und unzweckmässige Möglichkeiten zur Urin-

entleerung.

Ungleich wichtiger ist aber die Lage des Gesamtorganismus: hier ist besonders an den Ernährungs- und Kräftezustand des Kindes zu denken, an seine Ermüdung, die Schlaftiefe und endokrine Faktoren, vor allem aber an die Reife und Entwicklungshöhe der leib-seelischen Entwicklung. Es braucht nur kurz auf das Problem des Schwachsinns, des Mangels an Einsichts- und Lernfähigkeit hingewiesen zu werden, ferner auch auf die Verzögerung in der Gesamtentwicklung. Während diese Punkte vorwiegend periphere Schwierigkeiten berührten, nähert man sich mit der Erwähnung affektiver Spannungen mehr dem zentralen Problem der Reinlichkeitserziehung. Durch den normalen Mangel an psychosomatischer Stabilität auf dieser Entwicklungsstufe spielen affektive und stimmungsmässige Spannungen und Störungen, sowie ihre ungenügende Steuerung eine wesentliche Rolle. Sie können das Verhalten stark prägen und dadurch auch die Gesamtentwicklung und die Entwicklung zur Sauberkeit zeitlich und richtungsmässig verschieben.

Es wurde bereits deutlich, dass die Reinlichkeitserziehung einen grossen Einfluss auf die Entwicklung der kindlichen Persönlichkeit ausübt, ein Gesichtspunkt, der besonders von Forschern tiefenpsychologischer Richtung immer wieder stark hervorgehoben wird. Die Reinlichkeitserziehung ist immer Erziehung zur Ordnung (HOMBURGER 1926). Das hat zahlreiche individual- und sozialpsychologische Aspekte. Es kann nicht nur in einer Modellsituation die Prägung bestimmter Charakterhaltungen verfolgt werden, durch die polare Struktur der Erziehungshandlung (Mutter-Kind-Beziehung) ist immer auch ein Bezug zur Mitwelt gegeben. Erziehung zur Reinlichkeit hat als Ziel die Harmonisierung und Stabilisierung auf einem herausgehobenen und in der betreffenden Phase besonders akzentuierten Sektor. Sie birgt die ersten massiven Probleme der Einordnung und der Auseinandersetzung mit der Umwelt, wobei ganz besonders das Mutter-Kind-Verhältnis im Mittelpunkt steht. Durch die Erziehung wird die ganze Persönlich-

keit, ihr Erleben und Verhalten geprägt. Dieser Vorgang kann unter verschiedenen Aspekten gesehen werden (DÜHRSEN 1955, KEMPER 1949):

- 1) Leistungsaspekt: zum ersten Mal werden in dieser Zeit Forderungen der Umwelt an das Kind gestellt. Es kommt sehr wesentlich auf die Art an, in der diese Forderungen erhoben werden. Das Kind freut sich über seine Erfolge, ist stolz auf seine "Produkte". Durch ungeschickte Behandlung bei Misserfolgen kann das Leistungsverhalten stark gestört werden, bei zu starker Dressur wird das Kind unter Umständen zu einem Menschen erzogen, der nur noch Leistungen und streberhaftes Schaffen kennt. Es kann also zum Versager, aber auch zum übertrieben ehrgeizigen Streber erzogen werden.
- 2) Der soziale Aspekt: durch den fordernden Charakter der Reinlichkeitserziehung wird eine Spannung zwischen dem Kind und seiner Umwelt (repräsentiert durch die Mutter) geschaffen. Bei geschickter Führung wird das Kind das Leitbild des Erziehers übernehmen und sich in die Umgebung einordnen, ohne seine eigene willkürliche Entscheidungsfähigkeit zu verlieren. Bei Störungen sind wiederum zwei polare Extremtypen zu finden: einmal der ängstliche, übermäßig angepasste Mensch und zum anderen der unangepasste Rücksichtslose, der willkürlich und egozentrisch seinen Willen durchsetzt, ohne die Forderungen der Situation und der Umwelt zu beachten. Es wird aber vom Kind nicht nur verlangt, dass es etwas leistet, es soll auch etwas hergeben und zwar auf Verlangen der Umgebung. Insofern stehen die Ausscheidungsfunktionen auch in Beziehung zum Besitz und zur Hingabethematik (KEMPER 1949).
- 3) Triebaspekt: die Tiefenpsychologie (besonders FREUD, CHRISTOFFEL und die Neopsychoanalyse - SCHULTZ - HENCKE, DÜHRSEN, SCHWIDDER -) hat ihr besonders Augenmerk der Entwicklung des Triebeschehens geschenkt und versuchte verschiedene Phasen dieser Entwicklung herauszuarbeiten. Dabei orientierte sie sich an den "erogenen Zonen" der Triebbefriedigung, da für das Kleinkind die Funktionsabläufe repräsentativ für sehr spezielle seelische Regungen sein können (DÜHRSEN 1955). Das orale Geschehen (bei SCHULTZ - HENCKE oral-kaptativ), das Habenwollen, als erste Stufe der Triebentwicklung spielt bei der Reinlichkeitserziehung insofern eine Rolle, als das Kind dabei nichts bekommt, sondern gerade hergeben muss. Es wird also darauf ankommen, ob die Erziehung das kleinkindhafte Besitzstreben im Rahmen der Mutter-Kind-Beziehung sozialisieren kann. Nicht umsonst findet sich immer wieder ein gewisser Zusammenhang

zwischen Enuresis und Stehlen.

Diese Entwicklung erreicht ihren Höhepunkt in der folgenden analen Phase (SCHULTZ-HENCKE:anal-retentiv), neben der von anderen Forschern noch die urethrale Phase unterschieden wird. Das Kind entwickelt ein ihm eigentümliches Besitzstreben, will nichts hergeben, will nichts teilen und auf nichts verzichten. Die Reinlichkeitsdressur verlangt also nicht nur Einfügung in die allgemeine Ordnung und Einschränkung des eigenen Willens, sondern vor allem auch das Hergeben-Können. Das Kind soll hier etwas auf Wunsch oder Befehl der Erwachsenen produzieren, was es als Teil des eigenen Körpers erlebt und es soll dieses Produkt dann hergeben. Das urethrale Streben (vgl. bes. die Schilderungen bei CHRISTOFFEL 1944) lässt sich besonders deutlich in einem etwas höheren Alter aufweisen, wenn die Jungen Wetturinieren veranstalten. Die ihm innewohnende aggressive Note zeigt sich aber auch im Beschädigen oder Beleidigen durch Anurinieren. Das urethrale Streben repräsentiert daher nach Ansicht verschiedener Forscher vor allem Aggressions- und Ehrgeizimpulse. Es berührt sich hier im Triebaspekt wieder mit dem Leistungsaspekt.

Zusammenfassung:

Die Reinlichkeitserziehung stellt lediglich einen Ausschnitt aus einem lang verlaufenden Entwicklungsprozess dar, bei dem es durch spontane Entwicklung und erzieherische Prägung zu einer Umstellung des Gesamtorganismus kommt. Die zunächst reflektorisch verlaufende Entleerung wird zuerst nur passiv erlebt und dann erst aktiv und willkürlich vom Kind gesteuert.

METZGER (1961) warnt energisch vor allem verfrühten Versuchen einer Reinlichkeitserziehung. Sie soll seiner Meinung nach erst beginnen, wenn das Kind

"nicht mehr jede Stunde nassmacht;
nicht nur ohne Stütze sitzen, sondern
sogar einigermassen sicher gehen kann;
wenn es lernen kann, sich zu melden."
(METZGER, a.a.O., S. 12).

Die Reinlichkeitserziehung ist immer Erziehung zur Ordnung. Sie führt daher auch immer zu einer Auseinandersetzung mit der Ordnung und mit den Forderungen der Umgebung. Durch die polare Struktur der Erziehungshandlung (Mutter-Kind-Beziehung) ist immer ein

sozialer Bezug gegeben. Es ist daher auch nicht verwunderlich, dass die Reinlichkeitserziehung in verschiedener Weise auf die charakterliche Entwicklung des Kleinkindes einwirkt und so eine hohe Bedeutung für das ganze spätere Leben erhält. Schon dieser Gesichtspunkt erfordert eine geschickte erzieherische Haltung, ganz abgesehen davon, dass diese Haltung auch den Verlauf der Reinlichkeitserziehung selbst bestimmt. Es kommt aber weniger darauf an, was wir vermeiden wollen, sondern mehr darauf, was erreicht werden soll (positive Reinlichkeitserziehung).

Durch Schaffung günstiger Bedingungen und durch Beseitigung aller störenden Faktoren soll zunächst die Grundlage der Erziehung bereitet werden, die sich natürlich am besten in harmonischer und warmer Atmosphäre bei ausgeglichenem Mutter-Kind-Verhältnis abspielt. Die Haltung des Erziehers gegenüber dem Kind soll positiv und ermutigend sein, die Dressur bildet nur eine Anfangsstufe, die ein Interesse beim Kind wecken und es zu selbständiger Mithilfe führen soll (eigenes Bedürfnis nach Sauberkeit, selbständiges Melden, Unabhängig-Werden von der Mutter etc.). Die Mutter der Mutter sollte dabei ruhig und gelöst sein. Sie braucht viel Geduld für das Kind.

Unterstützt wird eine normale Reinlichkeitserziehung durch Sauberkeit der Umgebung, durch Wärme, zweckmäßige Ernährung, sorgfältige Reinlichkeitspflege und vor allem durch eine richtige Lebensordnung (METZGER 1961).

Störungen können also entstehen, wenn diese pflegerischen und psychologischen Voraussetzungen nicht beachtet werden. Die dabei auftretenden Schwierigkeiten können in zwei Richtungen verlaufen: der Mangel an erzieherischer Betreuung und Pflege führt zur Verwahrlosung der Kinder, die zu frühe oder zu strenge Reinlichkeitsdressur führt zur Überforderung der Kinder und schafft bei ihnen innere Spannungen.

Von wesentlicher Bedeutung bei der Entstehung der Störungen (wie etwa der Enuresis) ist vor allem die Atmosphäre und Haltung der Umgebung.

B) Empirische Untersuchungen zur Psychosozio-genese der Enuretiker

I) Einleitung

Die vorliegende Arbeit hat sich das Ziel gesetzt, durch empirische Untersuchungen psychische und soziale Faktoren herauszuheben, die eine psychosomatische Fehlhaltung mit dem Symptom der Enuresis mitbedingen. Damit soll nicht behauptet werden, dass dies die einzig wirksamen Faktoren sind.

Die Arbeit stützt sich auf die umfassende Untersuchung von einnäs-senden Kindern und Jugendlichen und fasst die Ergebnisse im Sinn klinischer Fallstudien zusammen, wie sie in der Erziehungsberatung erarbeitet werden.

Die Untersuchungen wurden im Rahmen der Erziehungsberatungsstelle beim Jugendamt Stuttgart durchgeführt. Es lagen ursprünglich die Untersuchungsergebnisse von 200 Enuretikern zugrunde, bei denen jeweils die vollständige Anamnese, teilweise Fürsorger- und Heimbe-richte und in jedem Fall die Unterlagen und das Gutachten der psy-chologischen Untersuchung vorhanden waren. Zu diesen Fällen kamen später noch weitere Untersuchungen, die zwar verwertet, aber nicht mehr in die Statistik aufgenommen wurden.

88 unserer 200 Probanden wurden von einer Jugendpsychiaterin fach-ärztlich untersucht (1). Eine fachärztliche Untersuchung fand in jedem Fall statt, in dem der psychologische Befund Anhaltspunkte für das Vorliegen einer organischen oder ähnlichen Störung auch nur andeutungsweise lieferte. Auf Grund dieser ärztlichen Untersu-chungen wurden 24 Fälle von der weiteren Verwendung in unserem Ma-terial ausgeschlossen. Sie wurden durch 24 neue Untersuchungen er-setzt. Das endgültige Material setzt sich also wieder aus 200 voll-ständigen und umfassenden Anamnesen und Gutachten zusammen.

Die nachfolgenden Tabellen zeigen die Aufgliederung der von uns untersuchten Probanden nach Alter, Geschlecht, sozialer Schicht und Unterbringung zur Zeit der Untersuchung.

Das Alter der Probanden (Tabelle 1) streut von 4 - 19 Jahren. Be-sonders stark vertreten sind die Altersgruppen von 6 - 13 Jahren (bei den Jungen) und von 8- 12 Jahren (bei den Mädchen).

1) Die Untersuchungen übernahm freundlicherweise Frau Medizinal-rätin Dr. med. Spaich vom Gesundheitsamt Stuttgart im Rahmen der Erziehungsberatungsstelle.

Tabelle 1

=====

Die Verteilung der Altersstufen
bei den untersuchten Enuretikern (n = 200)

Alter	Jungen		Mädchen		Zusammen	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
4;1 - 5;0	3	2,3	3	4,2	6	3,0
5;1 - 6;0	9	6,9	3	4,2	12	6,0
6;1 - 7;0	16	12,4	5	7,0	21	10,5
7;1 - 8;0	18	13,8	5	7,0	23	11,5
8;1 - 9;0	16	12,4	7	9,8	23	11,5
9;1 -10;0	15	11,6	10	14,1	25	12,5
10;1 -11;0	10	7,7	9	12,8	19	9,5
11;1 -12;0	11	8,5	6	8,4	17	8,5
12;1 -13;0	14	10,8	3	4,2	17	8,5
13;1 -14;0	4	3,1	3	4,2	7	3,5
14;1 -15;0	5	3,9	6	8,4	11	5,5
15;1 -16;0	4	3,1	2	2,8	6	3,0
16;1 -17;0	1	0,8	4	5,6	5	2,5
17;1 -18;0	3	2,3	3	4,2	6	3,0
18;1 -19;0	0	0,0	2	2,8	2	1,0
	129	99,6	71	99,7	200	100,0
4;1 - 8;0	46	35,4	16	15,4	62	31,0
8;1 -11;0	41	31,7	26	43,7	67	33,5
11;1 -15;0	34	26,3	18	25,2	52	26,0
15;1 -19;0	8	6,2	11	15,4	19	9,5

Tabelle 2

Die soziale Schicht der untersuchten Kinder

(%-Angaben beziehen sich auf die Altersgruppen)

er	a	b	c	d	e	Zus.
gen 4 - 8	-	4 8,7 %	7 15,2 %	19 41,3 %	16 34,8 %	46
8 -11	-	2 4,9 %	12 29,2 %	14 34,1 %	13 31,6 %	41
11 -15	-	5 14,7 %	10 29,4 %	14 41,1 %	5 14,7 %	34
15 -19	-	-	2 25,0 %	3 37,5 %	3 37,5 %	8
Zus.	-	11 8,5 %	31 24,0 %	50 38,7 %	37 28,6 %	129
hen 4 - 8	-	-	1 6,3 %	10 62,5 %	5 31,2 %	16
8 -11	-	4 15,4 %	5 19,3 %	13 50,0 %	4 15,4 %	26
11 -15	-	3 8,8 %	6 16,7 %	3 33,3 %	3 27,8 %	18
15 -19	-	-	5 45,5 %	5 45,5 %	1 9,1 %	11
Zus.	-	7 5,4 %	17 31,2 %	33 46,3 %	13 18,2 %	71
amt 4 - 8	-	4 6,5 %	8 12,9 %	23 46,8 %	21 33,0 %	62
8 -11	-	6 3,0 %	17 25,4 %	27 40,3 %	17 25,4 %	67
11 -15	-	8 1,9 %	16 15,3 %	19 30,8 %	8 36,5 %	62
15 -19	-	-	7 36,8 %	2 42,1 %	4 21,0 %	19
Zus.	-	18 0,2 %	48 24,0 %	83 41,3 %	50 25,0 %	200

Höhere Beamte, Akademiker, Grosskaufleute, Direktoren, Offiziere
 Guter Mittelstand, mittl. Beamte, leitende kfm. Angestellte, Lehrer
 Einfacher Mittelstand, gehobene Unterbeamte, kfm. Angestellte,
 Handwerksmeister
 Unterbeamte, gel. Arbeiter, Kleinbauern, Weingärtner
 (Ungel. Arbeiter, Tagelöhner)

Das Verhältnis der Geschlechter beträgt 129 Jungen zu 71 Mädchen. Die soziale Schicht der untersuchten Kinder (Tabelle 2) wurde nach der beruflichen und sozialen Stellung der Erzieher erfasst. Durch die Funktion und Arbeitsweise der Erziehungsberatungsstelle beim Jugendamt Stuttgart ist bedingt, dass vor allem die unteren sozialen Schichten stärker vertreten sind.

Besonders wesentlich für die Beurteilung der Situation, aus der die Kinder zur Untersuchung kamen, ist die Aufstellung ihrer derzeitigen Unterbringung.

Es befanden sich

	Jungen		Mädchen		Zusammen	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
in Familienerziehung	69	53,5	35	49,3	104	52,0
vollst.Familie	(47)		(25)		(72)	
Mutter + St.Vater	(18)		(7)		(25)	
Vater + St.Mutter	(4)		(3)		(7)	
bei der Mutter	26	20,1	14	19,7	40	20,0
in Pflegefamilie	14	10,8	7	9,9	21	10,5
im Heim	20	15,5	11	15,5	31	15,5
in Dienststelle	-	-	4	5,6	4	2,0

Durch die weite Streubreite des Materials und durch die Tatsache, dass unserer Untersuchung individuelle und letztlich unvergleichbare Lebensschicksale zugrunde lagen, war die Analyse und die Darstellung der Ergebnisse nicht immer ganz einfach. Die innere Problematik der untersuchten Kinder ist immer von verschiedenen Seiten her bedingt. Um ihrer Klärung näher zu kommen, ist also auch immer eine umfassende Untersuchung notwendig, die nicht nur den Probanden in seiner psychischen Eigenart gründlich erfassen will, sondern ihn stets in seinen gesamten Lebensraum eingebettet sieht. Die Untersuchung muss also sowohl das innere wie das äußere Feld (LEWIN) in ihrer gegenseitigen Bezogenheit als Einheit erfassen. Nicht allein die analytische Untersuchung, sondern vor allem die Darstellung der Befunde zwingen dazu, dieses ganzheitliche Bild lebensfremd in verschiedene Faktoren aufzulösen.

und diese getrennt neben-einander zu behandeln.

Es ist nicht nur nötig, ein Querschnittsbild zu erfassen. Dieses zeigt uns immer nur die Momentaufnahme, die aus einer Entwicklung herausgeschnitten wurde; neben die statische Betrachtung geprägter Züge muss daher die prozessuale Analyse des Entwicklungsganges treten.

Dies ist allerdings erst ein zweiter Schritt. Zunächst erhalten wir nämlich bei einer psychologischen Untersuchung nur das oben genannte Querschnittsbild. Dieses schlicht Angetroffene, das sich uns bei der Begegnung mit einem anderen Menschen gibt, muss zuerst für sich erfasst werden, ohne dass gleich ein real Dahinterliegendes miterfasst werden kann. Wir werden aus untersuchungstechnischen Gründen nur so vorgehen können, dass wir zuerst die charakterliche Eigenart der Enuretiker (im Zeitpunkt der Untersuchung) und die Struktur und Atmosphäre ihrer derzeitigen Situation festhalten und erst in einem zweiten Schritt die Zusammenhänge zwischen beiden Faktorenreihen erarbeiten. Dabei soll durch die Analyse des persönlichen Entwicklungsganges gleichzeitig das Werden der Fehlhaltung herausgestellt werden.

Die Betonung, die wir auf den engen Zusammenhang von Persönlichkeit einerseits, sowie Struktur und Atmosphäre der Umgebung andererseits legen, zeigt bereits deutlich, dass die Untersuchung neben der Dynamik der Persönlichkeitsentwicklung noch andere dynamische Gegebenheiten berücksichtigen muss: ihr Gegenstand ist nie nur seelisches Gebilde, sondern immer seelisches Geschehen. Jede Interpretation muss also als dynamische Interpretation verstanden werden (HEISS 1949, THOMAE 1955). Wir interessieren uns nicht nur für die charakterliche Eigenart des Enuretikers, sondern dafür, wie er in seiner Situation steht und wie er sich zu ihr verhält. Die untersuchten charakterlichen Züge, Haltungen oder Eigenschaften sind also nicht nur als Strukturdispositionen, sondern vor allem als Prozessabstraktionen seelischen Geschehens aufzufassen.

Die Fragestellung der vorliegenden Arbeit wurde schon mehrfach

formuliert. Es kommt uns darauf an, die Fehllhaltung des Enuretika aus ihren Entstehungsbedingungen heraus verständlich zu machen. Wir wollen, von der jetzigen Situation der Kinder ausgehend, durch eine dynamische Interpretation zur Klärung von Entstehung und Verlauf der Fehlentwicklung kommen.

In den nachfolgenden Kapiteln soll daher versucht werden, nach einer detaillierten Darstellung des Symptombildes und seiner Zusammenhänge die betroffenen Persönlichkeitsstrukturen der Enuretiker möglichst klar zu umreißen (Schwerpunkt Psychogenese). Danach ist auf den Lebensraum der Enuretiker einzugehen (Schwerpunkt Soziogenese). Im anschließenden Abschnitt werden dann die Zusammenhänge beider Faktorenreihen untersucht und durch Befunde aus der Lebenslaufanalyse ergänzt.

Da es sich bei unserer Aufgabe um empirische Untersuchungen handelt, soll nach Möglichkeit versucht werden, die Befunde auch quantitativ darzustellen. Diese statistische Darstellung ist aber nur als technisches Hilfsmittel gedacht und muss durch eine phänomenologische Interpretation ergänzt und unterbaut werden; sie liefert nur die Bausteine zur eigentlichen Analyse.

Die Interpretation stützt sich auf klinische Fallberichte, die aus Anamnese, Situationsanalyse und psychologisch-charakterologischem Gutachten bestehen. Wegen des in weiten Grenzen schwankenden Alters der Probanden konnte nicht in jedem Fall die gleichen Methoden angewandt werden. Neben Verhaltensbeobachtung und Exploration wurden die in der psychologischen Diagnostik üblichen Untersuchungsverfahren benützt. Als Leitverfahren dienten: Rorschach-Test, Baugtest, Wartegg-Zeichen-Test, Analyse der Handschrift und der freier Zeichnungen. In jedem Fall wurde ein Intelligenztest durchgeführt. Ergänzend wurden herangezogen: Erzähltests, Rosenzweig-Picture-Frustrations-Test, Szondi-Test, Sceno-Test, ferner TAT und CAT. Die Befunde dieser Testuntersuchungen sind im Anhang auszugsweise dargestellt.

Die Gewinnung der Daten über den Lebensraum und den Lebensgang unserer Probanden ist problematisch. Sie stützt sich zum Teil auf die Angaben der Eltern, in den meisten Fällen dazuhin aber auf Berichte der Fürsorgern und der Heime.

Es ist verständlich, dass gerade die Angaben der Eltern oft unzureichend und unzuverlässig sind. Sie sind nicht immer geeignet, die konkrete und objektive Situation der Kinder darzustellen. Hier konnten mit grossem Gewinn die vorliegenden Akten herangezogen werden, die in zahlreichen Berichten die häusliche Umgebung, die Schicksale der Familien und die Entwicklung der Kinder schildern. Aber auch bei noch so grosser Bemühung um Genauigkeit lassen sich hier nur grobe Einteilungen treffen. Die Imponderabilien der häuslichen Atmosphäre, der elterlichen Einstellung und der erzieherischen Haltung lassen sich oft nur erspüren.

Die gleiche (und oft noch schwerer wiegende) Problematik bieten die Selbstaussagen der Kinder, für deren Auswertung und Beurteilung Sondergesichtspunkte massgebend sind. Die Kinder erleben die objektive Umgebung verschieden; die eigentlich wirksame Umwelt lässt sich nur schwer fassen.

II) Das Symptom

Es wurde schon mehrfach betont, dass es nicht so sehr auf die Untersuchung des Symptoms ankomme, sondern auf die Erhellung der dahinter liegenden ätiologischen Strukturen. Dennoch soll hier kurz zusammengefasst als Einleitung über die verschiedenen Ausprägungen und Erscheinungsformen des Symptoms berichtet werden. Dabei werden bereits Ansätze zu verschiedenen Gruppierungen deutlich, da es sich meist gar nicht nur um das Einnässen handelt. Dieses ist vielmehr als ein Symptom eingebaut in ein Syndrom von verschiedenen Verhaltensstörungen. Schon aus diesem Grunde wird es also nicht möglich sein, die Enuretiker als einen einheitlichen Typus zu sehen. Die ganzheitliche Fehlhaltung bildet also den Hintergrund und den Realisationsboden des Symptoms, das von ihr her auch seine Bedeutung erhält.

1) Art und Umfang des Symptoms:

Von den untersuchten 200 Enuretikern nässten ein:

	bei Tag	bei Nacht	bei Tag und Nacht
Jungen	13 (10,1 %)	101 (78,3 %)	15 (11,6 %)
Mädchen	2 (2,8 %)	63 (88,7 %)	6 (8,5 %)
zusammen	15 (7,5 %)	164 (82,0 %)	21 (10,5 %)

Das Verhältnis der Geschlechter (64,5 % Jungen gegenüber 34,5 % Mädchen) wird auch durch Befunde anderer Autoren bestätigt: es wird allgemein ein Geschlechtsverhältnis von 2:1 angegeben (HÖPPNER 1952, KANNER 1953). Dieses Verhältnis ist allerdings nicht nur für Enuresis kennzeichnend, sondern findet sich bei den meisten Verhaltensstörungen (E.STERN 1953).

Bei unserer Zusammenstellung ist weiterhin recht aufschlussreich, dass das Einnässen in den meisten Fällen nur nachts stattfindet, in weniger häufigen Fällen bei Tag und bei Nacht

(SCHWIDDER 1951, KANNER 1953, HALLGREN 1957). Bei den Hosen-
nässern überwiegen eindeutig die Jungen.

Neben dem Zeitpunkt des Auftretens interessiert vor allem
auch die Schwere des Symptoms:

	schwer (3x wöch.)	mittel (bis 2x wöch.)	leicht (1x wöch.)	unbekannt
Jungen	61 (47,2 %)	35 (27,2 %)	19 (14,6 %)	14 (10,7 %)
Mädchen	37 (52,1 %)	21 (29,6 %)	9 (12,7 %)	4 (5,6 %)
zusammen	98 (49,0 %)	56 (28,0 %)	28 (14,0 %)	18 (9,0 %)

Es ist kein Zufall, dass unter den von uns untersuchten Kindern
die schweren Formen der Enuresis dominieren, wobei die Mädchen
sogar leicht überwiegen. Die Eltern wenden sich oft erst nach
vielfachen anderen Versuchen an eine Beratungsstelle, also
erst, wenn alles andere erfolglos war und keine Besserung er-
reicht werden konnte. Viele der leichteren Fälle werden auch
besser ertragen als schwere Bettnässer.

In unserem Material nässten viele Kinder täglich ein, zum
Teil sogar mehr als einmal. Die genaue Häufigkeit des Einnässens
lässt sich oft nicht in einem Durchschnittswert angeben, da das
Symptom sprunghaft wechseln kann, nach einer schweren Einnäss-
periode plötzlich aufhört und nach einiger Zeit wieder einsetzt.
Auch diese Beobachtung spricht dafür, dass verschiedene be-
stimmende Faktoren am Zustandekommen des Symptoms beteiligt
sind, die teilweise im Kind liegen mögen, zum grossen Teil
aber auch in seinem Lebensraum. Die schwersten Formen des Ein-
nässens finden sich im allgemeinen bei den Bettnässern.

2) Entstehung des Symptoms:

Bei Befragung der Eltern stellt sich bald heraus, dass es
zwei scharf umgrenzte Gruppen von Einnässern gibt: die eine
Gruppe war noch nie sauber (Enuresis permanens), die andere
Gruppe wurde rechtzeitig zur Sauberkeit erzogen, begann aber
später wieder einzunässen (Enuresis acquisita). Unter unseren
200 Enuretikern fanden wir:

	E.permanens	E.acquisita
Jungen	98 (76,0 %)	31 (24,0 %)
Mädchen	48 (67,6 %)	23 (32,4 %)
zusammen	146 (73,0 %)	54 (27,0 %)

Dieses Ergebnis mag überraschen, da man aus den in der Literatur veröffentlichten Krankengeschichten oft den Eindruck hat, fast jede Enuresis sei von der zweiten Art. Dennoch werden unsere Befunde von anderen Untersuchern bestätigt (SCHWIDDER 1951, KANNER 1953, HALLGREN 1957).

Dabei scheint E.acquisita bei Mädchen häufiger vorzukommen als bei Jungen, d.h. die Mädchen fallen trotz erzielter Reinlichkeit leichter in eine Enuresis zurück, während die Jungen von vornherein etwas schwieriger zu erziehen sind. Das dürfte zum Teil auch allgemein durch die verschiedene Erziehbarkeit der Geschlechter bedingt sein.

Im folgenden sollen nur die 27 % der untersuchten Kinder betrachtet werden, die eine E.acquisita zeigten. Von diesen waren sauber mit

	1	2	3	4 Jahren	"normal"	"spät"
Jungen	3	7	5	-	13	2
Mädchen	3	4	4	2	9	1
zusammen	6	11	9	2	22	3

Die meisten dieser Kinder waren also schon recht frühzeitig sauber, bzw. "normal". Die Zahlen sind zu klein, um einen stichhaltigen Vergleich zwischen den verschiedenen Geschlechtern zu ermöglichen. Die Behauptung mancher Tiefenpsychologen, die Entwicklung sei durch eine zu früh einsetzende Reinlichkeitsdressur verbogen worden, konnte zahlenmässig auf keinen Fall bestätigt werden.

Von diesen Kindern nässteten wieder ein (nach mindestens einem halben Jahr eindeutiger Sauberkeit):

	mit 3	4	5	6	8	10 Jahren	unbest.	bes.Anl.
ungen	2	1	1	-	1	2	6	17
ädchen	1	-	1	1	2	2	2	14
sammen	3	1	2	1	3	4	8	31

in 31 Fällen konnten von den Eltern zuverlässige Angaben über einen besonderen Anlass des Einnässens gegeben werden (darauf ist später noch näher einzugehen). Es spricht aber vieles dafür, dass in solcher Anlass auch bei den anderen Kindern vorlag, von den Eltern aber nicht bemerkt oder beachtet wurde. Ab und zu fand auch als Anlass des erneuten Einnässens die Geburt eines Geschwisterchens, immer wieder war auch die Einschulung und der damit verbundene Druck auf das Kind die Ursache (vgl. DÜHSLER 1952).

Die angegebenen Ursachen des Einnässens:

Die Eltern selbst führen das "Leiden" auf mannigfaltige Ursachen zurück, ohne sich immer an eine Diagnose fest zu binden. Diese Anteile über das Symptom werden von den Kindern häufig übernommen. Am häufigsten treten folgende Angaben auf:

Blasenschwäche,
Vererbung (bes. bei familiärer E.),
Nervosität,
Willensschwäche.

Viele Eltern deuteten auch von sich aus (sicher unter dem Einfluss moderner Aufklärungsschriften) emotionale Konflikte an, die sie mit der Enuresis in Verbindung brachten. Selten kam es vor, dass die Eltern annahmen, sie hätten die schon vorhandene Enuresis nicht richtig behandelt, niemals aber brachten sie das Auftreten der Störung in Verbindung mit ihrer erzieherischen Haltung.

Auswirkung der Störung:

Das Symptom ist nicht nur unberechenbar und unerklärlich für die Umgebung, sondern vor allem auch lästig und ekelhaft. Es erfordert einen erhöhten Aufwand an Wäsche und Pflege, verursacht Mehrarbeit, dazu hin noch eine gewisse Überwindung kostet. Diese Umstände bestimmen auch die Reaktion der Umgebung mit, die natürlich weiterhin auch die oben geschilderten "Diagnosen" beeinflusst.

Meist werden am Anfang alle in der betreffenden Familie üblichen Erziehungsmittel aktiviert (Bedeutung des Erziehungsstiles und ganz allgemein der erzieherischen Atmosphäre) (RUPPERT 1959) daneben auch noch allerhand gängige Heil- und Hausmittelchen eingesetzt. Da der Erfolg in den meisten Fällen bei dieser Symptombehandlung ausbleibt, bleiben allgemein zwei weitere Haltungen üblich: entweder setzen die Erzieher empört und mit starkem affektivem Nachdruck ihre Bemühungen in verstärktem Maße fort oder aber geben sie resigniert die Hoffnung auf, sehen all Schuld in der schlechten Anlage etc. Ziemlich häufig wird auch einmal ein Kinderarzt o.ä. aufgesucht, der dann im allgemeinen Trockenkost und nächtliches Wecken empfiehlt, die Behandlung also, mit der sich die Eltern meist schon vorher zu helfen suchten.

Der Enuretiker wird durch sein Leiden herausgehoben, oft sogar etwas isoliert und muss oft nicht nur unter den "Heil"-Massnahmen seiner Erzieher, sondern daneben auch noch unter Spott, Verachtung und Beschämung durch Erwachsene und andere Kinder leiden. Durch die Störung wird er mit einem starken sozialen Makel behaftet. Oft schämen sich auch die Eltern so, dass sie nur ungern einen Arzt oder einen anderen Berater aufsuchen. So kann es immer wieder vorkommen, dass Kinder wegen anderer Störungen zur Beratungsstelle kommen, bei denen man dann erst durch direkte Befragung feststellen kann, dass sie ausserdem auch noch einnässen.

Das Kind leidet also nicht nur direkt unter seiner Störung, diese Einflüsse aus der Umgebung kommen noch als sekundäre Züge hinzu und prägen seine Haltung mit. Die Störung verändert so nicht nur die Erlebnissituation des Kindes durch Veränderung seiner selbst, sondern auch durch Veränderung der Umweltbedingungen des Lebensraumes.

Seltsamerweise sehen viele Erzieher den Fehler beim Kind auch in einem Mangel an Willensstärke und Schamgefühl. Sie versuchen diese Regungen teilweise durch drastische Massnahmen zu wecken und zu fördern. So wurde z.B. von einem älteren Erziehungsheim berichtet, die Kinder müssten dort beim Morgengebet in einer Gruppe isoliert von den übrigen, zusammenstehen. In einem anderen

Mein mussten die Bettnässer morgens ihr nasses Leintuch öffentlich vorzeigen; diese Beschämung sollte ihr Ehrgefühl fördern. Den betreffenden Erziehern entging dabei, dass sie die Kinder immer mehr in eine Fehlhaltung hineintrrieben.

() Einstellung des Enuretikers zur Enuresis:

Die meisten Enuretiker leiden unter ihrer Sonderstellung, in die sie sie durch ihre Störung geraten. Man hat meist den Eindruck, dass auch sie selbst das Einnässen als moralisches Manko bewerten. So können sie im allgemeinen bei der Untersuchung nur sehr vorsichtig daraufhin angesprochen werden und reagieren dann auch in den meisten Fällen verlegen, beschämt und manchmal ganz geschrien.

Eine Möglichkeit, die Einstellung des Enuretikers genauer festzuhalten bietet der ROSENZWEIG P-F TEST (deutsche Bearbeitung 1957) für Kinder, der in Situation 19 dieses Problem anschneidet (1.15: "Eine Frau mit einem kleinen Jungen neben sich tadelt einen grösseren Jungen, dass er sein Bett nassgemacht habe"). Der Test will die Reaktion der Kinder auf diese Situation erfassen. Wir fanden bei 50 Kindern als häufigste Antworten:

"da kann ich doch nichts dafür"	bei 18 Kindern
"ich bin nicht aufgewacht....."	
ich habe geträumt..... ich habe nichts gemerkt"	bei 5 Kindern
"ich bin doch krank"	bei 3 Kindern
"ich will es nicht mehr tun"	bei 4 Kindern
"ich wasche es aus"	bei 1 Kind
"das ist mir egal"	bei 4 Kindern
"ich werde ja nicht geweckt"	bei 1 Kind
"sei ruhig, Mutter!"	bei 1 Kind
"nein, es ist nicht nass"	bei 6 Kindern
"dem seines ist auch nass"	bei 3 Kindern

Die Antworten von 4 Kindern waren unspezifisch. Die meisten Kinder lehnen eine Schuld für ihr Verhalten ab, bzw. führen das Versagen auf äussere und innere Umstände zurück, die sie ihrer Verantwortung entheben. Wir finden daher die Reaktion I

und E besonders häufig ausgeprägt. Das Ausweichen vor der Verantwortung geht wieder in zwei Richtungen: passiv (in der Überwiegenden Zahl) oder aktiv (Wendung gegen den Erzieher, Abstreiten der Tatsache).

Die Reaktion auf die Störung hängt aber nicht nur von der Wesensart der Kinder ab, sondern auch von der Beachtung und Behandlung, die das Symptom von seiten der Erzieher erfährt (HAMBURGER 1939). Das Kind übernimmt vielfach, wie bereits betont, die Haltung der Umgebung. Meist findet es sich etwas resigniert damit ab, "ich bin halt so". Nur wenige Kinder durchschauen die Zusammenhänge, wenn man sie darauf hinweist und nur wenige bringen zur Unterstützung der Behandlung einen spontanen Gesundheitswillen mit (von hierher erklären sich auch die Erfolge suggestiver Behandlung).

6) Zusammenhang der Enuresis mit anderen Symptomen:

Es wurde bereits betont, dass Enuresis als Fehlverhalten meist eingebaut ist in verschiedenartige Symptomgruppen. Als Einzelsymptom fanden wir sie unter unseren 200 Probanden nur 5mal (= 2,5 %). Auf die Eigenart dieser Kinder ist noch speziell einzugehen. Es sind meist sensible, psychasthenische Kinder, die unter der Gespanntheit oder Gedrücktheit in der Umgebung leiden, leicht unter Druck (Angst) gesetzt werden können.

Die Verhaltensstörungen der Enuretiker wurden systematisch untersucht und festgehalten nach GRAEFE (1956). Die gewonnenen Prozentwerte verglichen wir mit den Ergebnissen bei einer Kontrollgruppe, die sich aus sämtlichen bei der EB des Jugendamts Stuttgart in den Jahren 1955/56 bis 1958/59 untersuchten Kindern (n = 1910) zusammensetzte.

Unter dieser Zahl befanden sich 12,6 % Enuretiker. Die Zahl liegt im allgemeinen bei Problemkindern höher: E. STERN (1953) fand unter seinem Material 15 % Einnässer und HÖPPNER (1952) fand unter Berliner Schulkindern 7,8 % Jungen und 4,2 % Mädchen. Die Zahl der Enuretiker schwankt auch in unserem Material etwas und erreicht in manchen Jahren 15-18 % der Probanden der EB.

verschiedenen Symptome kommen in folgender Häufigkeit vor
(der 3. und 4. Reihe = Zahlen der Kontrollgruppe):

	<u>Diuretiker</u>		<u>Kontr.Gr.</u>	
Störungsstörungen innerhalb der Körper- sphäre:				
allgemeine motorische Unruhe	84	42,0 %	388	20,3 %
Schlafstörungen	41	20,5 %	191	10,0 %
Wottern	13	6,5 %	207	10,4 %
Störungen	28	14,0 %	80	4,2 %
Enkoten	28	14,0 %	59	3,1 %
forme Gewohnheiten innerhalb der Sphäre:				
angerlutschen	19	9,5 %	51	2,7 %
igelkauen	41	20,5 %	204	10,3 %
Disturbation	35	17,5 %	66	3,4 %
Störungen der Ich-Gefühle und der Grund- stimmung:				
Angstlichkeit, Angstzustände	65	32,5 %	249	13,0 %
unfrohe Stimmung, depressive Züge	31	15,5 %	92	4,7 %
Stimmungslabilität	60	30,0 %	483	25,2 %
ziale Störungen:				
Rechheit, Trotz, Aggression	81	40,5 %	646	33,8 %
rossmannssucht, Angeberei	22	11,0 %	105	5,5 %
ontaktstörung, Gehemmtheit, Ein- gelgänger	44	22,0 %	345	18,1 %
chwindeleien, Lügen, Unaufrich- tigkeit	74	37,0 %	685	35,8 %
iebereien, Betrugereien	61	30,5 %	460	24,1 %
Störungen im Tätigkeits- und Lei- stungsbereich:				
Schulversagen	106	53,0 %	591	31,0 %
erstreutheit, Vergesslichkeit, Mangel an Konzentration	89	44,5 %	391	20,5 %
Arbeitsunlust, Faulheit	62	31,0 %	392	20,5 %
erspieltheit, Träumerei	39	19,5 %	376	19,8 %
ungsamkeit, Mangel an Initiative	33	16,5 %	211	11,1 %

Die Ergebnisse werden grossenteils durch andere Untersucher bestä-
tigt, wenn auch bei den einzelnen Symptomen oft Abweichungen vorkom-
men, die sicher zum Teil auf die Auswahl der Probanden zurückzuführen

sind (WENDT 1952, VON HARNACK 1953, 1958, KANNER 1953, E. STERN BLECKMANN 1955, HALLGREN 1957).

E. STERN (1953) fand Enuresis gemeinsam mit

Charakterstörungen in 38 %,
intellektueller oder motorischer Debilität in 25
Sprachstörungen in 4 %.

Bereits aus der angegebenen Symptomatologie lassen sich zwei Enuretiker-Gruppen herausheben. Es handelt sich dabei um zwei polare Formen von Verhaltensstörungen, die noch nichts über die jeweiligen Hintergründe aussagen. Wir fanden bei der Beobachtung der Kinder einerseits ängstliche Enuretiker, die motorisch unruhig waren, wenig Konzentration und Initiative zeigten. Zu diesem Syndrom gehörten ferner: unfrohe Stimmung, Kontaktgehemmtheit, Verspieltheit, Schulversagen und Nägelkauen. Auf der anderen Seite war der aggressive Enuretiker zu beobachten. Zu diesem Syndrom gehörten motorische Unruhe, Konzentrationsmangel, Arbeitsunlust und Faulheit, Schulversagen und Lügen.

Beide Haltungen scheinen sich im allgemeinen auszuschliessen. Die motorische Unruhe als Kernsymptom und der Konzentrationsmangel (als Folgeeigenschaft) scheinen als Grundstörung bei den meisten Enuretikern aufzutreten. Bei der einen Gruppe finden wir als Reaktion darauf aber die Verhaltenheit und ängstliche Gehemmtheit, während die anderen sich ungehemmt gehen lassen, zu einem ausweichenden und wenig festgelegten Verhalten neigen und sich auch nicht besonders aktiv einsetzen.

Auch hier lassen sich die Grundformen der Erziehungsschwierigkeiten in zwei Richtungen differenzieren: auf der einen Seite steht im Hintergrund die neurotische Fehlhaltung, auf der anderen die Verwahrlosung (EYFERTH 1959). Es ist darauf hinzuweisen, dass in den oben angeführten Verhaltensstörungen und Syndromen keineswegs die Ursachen des Bettnässens erfasst werden, sondern lediglich die Begleitsymptomatik.

Unsere Befunde bieten allerdings einen - wenn auch nur andeutungsweise - Ansatz zur Untersuchung der Charakterstruktur der Enuretiker.

Es wird aber in der Folge notwendig sein, etwas tiefer zu gehen.

Bedeutung des Symptoms:

Enuresis tritt innerhalb verschiedener Verhaltensstile mit einem jeweils verschiedenen Stellenwert auf. Schon bei der Besprechung der Reinlichkeitserziehung konnte gezeigt werden, dass die Ausscheidungsfunktionen von verschiedenen Seiten her beleuchtet werden können. Auffallend ist dabei, dass sich bei einer Fehlentwicklung immer wieder polare Strukturtypen ergeben. Dies führt zu einem wichtigen Punkt: das Urinieren kann ein aktiver oder passiver Vorgang sein. Man kann entweder sein Wasser lassen (als extremes Beispiel soll hier das Wetturinieren der Jungen dienen) oder aber man kann es nicht halten (ein Beispiel dieser Art wäre das Angstharnen). Beide Formen des Urinierens können von recht verschiedenartigen Haltungen getragen sein. Diese Haltungen und damit auch die Bedeutung des Symptoms Enuresis werden durch die Wesensart bestimmt.

Das Urinieren erhält nach der obenerwähnten Polarität eine jeweils verschiedene Note: es ist entweder aggressiv-gespannt oder aggressiv-verströmend.

Der Gegentyp des Enuretikers ist nicht der Nicht-Enuretiker, sondern der Mensch, der unter Harnverhaltung (bzw. unter Harnstottern) leidet. Der Störungsfreie steht in der Mitte zwischen diesen Polen. Das Gegensymptom zum unwillkürlichen Ent-Spannen und Verströmen ist also das Verkrampfen (wie wir es auch beim Storchstottern finden).

Zusammenfassung:

Wir fanden Enuresis als Symptom von Fehlhaltungen recht verschiedener Art.

Bei 2,5 % der von uns untersuchten Fälle tritt sie als Einzelsymptom auf. Es handelte sich bei den betr. Probanden meist um Mädchen, die in der Pubertät standen.

In allen anderen Fällen ist das Symptom eingebettet in ein umfassendes Syndrom von Störungsmerkmalen. Dabei fallen allgemein auf: motorische Unruhe und Übererregbarkeit, Stimmungs labilität,

Zerstreutheit und Konzentrationsmangel.

Aus diesen Allgemeinbefunden lassen sich dann vor allem zwei Gruppen herauschälen: einerseits freche, trotzig und aggressiv Kinder (oft mit Arbeitsunlust und ausweichendem Verhalten) und andererseits als Gegenpol die ängstlichen, selbstunsicheren Kinder, die häufig unter unfroher Stimmung und Kontaktstörungen leiden und ausser dem Einnässen auch zum Nägelkauen neigen. Dieser Ansatz soll in den folgenden Abschnitten noch weiter ausgebaut werden, um hinter der blossen Symptomatologie den ätiologischen Hintergrund sichtbar zu machen.

Das Einnässen selbst erfolgt in recht unterschiedlicher Form und Schwere.

II) Die Persönlichkeit der Enuretiker

Die Untersuchung des Einnässens als Symptom und seiner Eingebettetheit in verschiedene Verhaltensstile legt es nahe, sich mit der Persönlichkeit der Enuretiker zu befassen und dabei zu untersuchen, welche Beziehung sie zu ihrer Fehlhaltung hat. Die Fragestellung der weiteren Untersuchung lautet also zunächst: Gibt es gemeinsame Züge in der Charakterstruktur der Enuretiker? Daran schliesst sich als weitere Frage: Welche Rolle spielen diese gemeinsamen Züge bei der Entstehung der unterschiedlichen Fehlhaltung?

Wir gehen zunächst vom Erscheinungsbild und Verhalten unserer Probanden aus und werden dann versuchen, den in der Untersuchung gewonnenen psychologisch-charakterologischen Gesamteindruck in verschiedenen Dimensionen quantitativ vergleichbar zu fassen. Diese Herausarbeitung der dominanten Charakterzüge soll dann durch eine eingehende Auswertung unserer 200 Fallstudien weiter ausgebaut werden.

Nach dem charakterologischen soll auch noch der geschlechter- und entwicklungspsychologische Aspekt berücksichtigt werden.

Terminologisch wurden "Persönlichkeit" und "Charakter" oft gleichbedeutend benützt. Wir stützen uns bei der Definition auf ROHRACHER (1959, S. 241): "Persönlichkeit ist der einzelne Mensch in seiner jeweiligen Eigenart" (vgl. dazu auch LERSCH 1956, S. 56). Die individuelle Wesensart eines Probanden lässt sich nicht ohne Abstraktion wissenschaftlich fassen und mit anderen vergleichen. Es wird also immer wieder notwendig sein, einzelne Dimensionen herauszuheben oder einzelne Persönlichkeitszüge (als Eigenschaftskomplexe verstanden) zu vergleichen. Dabei werden wir, von den Dominanten ausgehend, das charakterologische Umfeld abstecken. Es soll versucht werden, über Verhaltens- und Haltungseigenschaften zu Wesenseigenschaften vorzudringen (LERSCH 1956).

1) Erscheinungsbild und Verhalten der Enuretiker:

Das äussere Erscheinungsbild der Enuretiker ist unspezifisch (KEMPER 1949). Das dürfte auch der Grund sein, dass man bis heute noch keine Einigkeit über die (meist etwas oberflächlich am Äusseren haftenden) Bettnässertypen erzielen konnte. Neben den zarten, schmalen und weichen Kindern finden wir auch kräftig-derbe Burschen; der grosse, schmal und langaufgeschossene Bettnässer tritt ebenso häufig auf wie das schwächliche und blasse Milchbübche mit kleinkindhaften Zügen. Immer wieder können dysplastische Züge festgestellt werden, doch reicht ihr Auftreten nicht an eine signifikante Häufigkeit heran. Zahlreiche Bettnässer sind körperlich retardiert.

Die Enuretiker lassen sich also keinem Körperbautyp zuordnen, wenn auch manchmal eine gewisse Affinität zum asthenischen Habitus hervortritt (KIESEL 1954). Die Frage der körperlichen Disposition kann trotz dieser wenig eindeutigen Befunde nicht einfach übergangen werden. Es ist sicher richtig, wenn KIESEL (1954, S. 19) sagt: "Psychische Traumata brauchen einen bestimmten Resonanzboden, um voll wirksam zu werden. Er wird gebildet von körperlichen und psychischen Anlagen."

Ein Teil der von uns untersuchten Kinder war zuvor auch in urologischer Behandlung gewesen. Lokale Befunde an den Harnorganen waren aber in keinem Fall erhoben worden.

Aber nicht nur das Erscheinungsbild der Enuretiker ist wenig einheitlich, auch bei der Beobachtung ihres Verhaltens wird der Untersucher zunächst durch die Vielfalt der Verhaltensstile verwirrt. Doch lassen sich schon bald einige Grundzüge deutlicher herausarbeiten. Wir finden hier besonders häufig das unruhig-zapplige (nervöse) Kind, das einerseits im Kontakt gehemmt, oft aber auch umtriebig, ungehemmt und wild sein kann (vgl. S.79/80). Neben dem erregbaren, unruhigen und oft scheuen Enuretiker finden wir auch den stumpfen, oft gutmütigen und bequemen Typ, der sich bei oberflächlicher Betrachtung in seinem Schmutz wohlfühlt.

heint und etwas phlegmatisch in den Tag hineinlebt. Neben den heuten und ängstlichen Kindern tritt also besonders häufig der schamhaft-umtriebige, wilde und ausgesprochen aggressive Enuretiker auf, der oft ungepflegt und laut wirkt, im Kontakt ohne Distanz und Zurückhaltung reagiert und sich nicht gern in eine bestehende Ordnung einfügt.

Schon diese kurze und lediglich andeutende Aufzählung erinnert stark an die im theoretischen Teil referierten Bettmässer-Typen. Auch sie haben lediglich eine Vielzahl von Verhaltenszügen in einer Reihe angeordnet und differenziert, ohne Rücksicht darauf, ob es sich um Wesens-, Haltungs-, Leistungs- oder Verhaltensbegriffe (SCHÖNBERG) handelt. Will man der Genese einer Fehlhaltung auf den Grund kommen, muss man die Verhaltensbeobachtungen zu einer Strukturüberlegung vertiefen.

Trotz der Vielfalt und Unterschiedlichkeit der angeführten Verhaltensweisen können wir wesentliche Unterschiede vor allem in zwei Dimensionen finden, deren Extreme sich jeweils polar gegenüberstellen lassen:

- (1) stumpfe und übererregbare Kinder;
- (2) scheu-gehemmte und aggressiv-übererregte, umtriebige Kinder (diese Unterscheidung trägt vom sozialen Blickpunkt her gesehen vor allem einen passiven und aktiven Zug in sich).

Während es sich bei der zweiten Gruppe oftmals um Verhaltensweisen und Haltungen handelt, die von der Umwelt geprägt sind, scheinen die Extremhaltungen der ersten Dimension sehr tief in der Wesensstruktur der Kinder verankert zu sein. Auch SCHÖLL (1956) konnte in seinen Untersuchungen über das Gewissen des Kindes gerade in dieser Dimension sehr wesentliche Unterschiede finden. Die Erregbarkeit zeigt sich allerdings bei unseren Kindern vorwiegend als kognitive und affektive Erregbarkeit.

Als durchgängigen Grundzug fanden wir bei unseren Untersuchungen, dass das Verhalten in den meisten Fällen (unabhängig von der Entwicklungsrichtung und auch von der aktiven oder passiven Haltung)

ausweichend war. Die Kinder waren oft nicht an die Forderungen der Umgebung oder der Situation angepasst, lebten sogar teilweise an dieser Ordnung vorbei. Gerade von hierher haben wir auch die Berechtigung, hinter ihrem Verhalten bedingend eine innere Fehlhaltung zu sehen, die sich nicht in falschem Verhalten erschöpft, sondern eine unangepasste Einstellung zum Leben als Kennzeichen hat. Wir rücken mit dieser Darstellung in die Nähe des Neurose-Begriffs von J.H. SCHULTZ (1958, S. 303), der die Neurosen definiert als "pathologische, funktionelle ("nervöse") Symptome und Syndrome nervöser Individuen, die auf eine seelisch bedingte Fehlhaltung psychophysisch-organis-mischer Art gegenüber dem Leben, der Umwelt und dem echten Eigenwesen zurückgehen".

Mit der oben erwähnten Typisierung des Verhaltens ist aber noch nichts über die strukturellen Hintergründe gesagt. Es wird bei der weiteren Untersuchung also notwendig sein, einen Schritt hinter die Feststellung der Verhaltensstile zurückzugehen und zu versuchen, die tiefer verankerten Haltungen (auch im Sinne von SCHULTZ-HENCKE 1957) und Wesenseigenschaften zu untersuchen, durch deren Zusammenspiel mit der jeweiligen Situation das Verhalten bedingt wird. Von dort aus kann durch eine strukturelle Reduktion (LERSCH 1956) auf verschiedene Persönlichkeitsstrukturen zurückgegangen werden.

Die charakterologische Struktur im Gesamtbild:

Verhalten eines Menschen ist nur verständlich aus dem Zusammen-
hang seiner persönlichen Wesensart und seiner Situation. Daher
wurde bei unserer Untersuchung der Enuretiker die umfassende Ana-
lyse des Einzelfalles ganz im Vordergrund.

Auf Anregungen von THOMAE (1954, 1960) und MATHEY (1956) versuch-
ten wir zunächst, das psychologisch-charakterologische Gesamtbild
in seinen wesentlichsten Dimensionen (mit verschiedenen Varianten)
quantitativ darzustellen (vgl. die graphischen Darstellungen der
Abb. 3 und die Zahlenangaben der Tab. 4 und 5).

Grundlegendes Material waren die psychologischen Gutachten über un-
gefähr 200 Probanden, die zunächst als eine Gesamtgruppe (im Sinne
der Modalpersönlichkeit) behandelt und dann nach Geschlecht und
Alter untergeteilt wurden. Im folgenden sind die wesentlichsten
Ergebnisse dargestellt. Es handelt sich lediglich um Andeutungen.

Die charakterologischen Befunde der Gutachten wurden durch einen
Index über den jeweiligen Varianten der 10 Dimensionen zugeordnet. Zur
Klassifikation wurden neben den Gutachten die jeweils vorhandene
Verhaltensbeobachtung und die Testbefunde herangezogen, sowie die
Aussagen dritter Personen (Lehrer, Kindergärtnerin, Fürsorgerin
usw.) über das Verhalten des Kindes. Damit sollte versucht werden,
den Halo-Effekt bei der Einschätzung und subjektive Stellungnahmen
so weit wie möglich zu vermeiden.

In einzelnen Fällen musste der Gutachter bei einer zweifelhaften
Zuordnung noch einmal eingeschaltet werden. Hingegen wurden bereits
in der Materialsammlung 8 Gutachten ausgeschieden und durch neue
ersetzt, da ihre Aussagen über das untersuchte Kind zu kurz und
wenig umfassend waren.

Die Dimensionen sind als Nominalskalen aufgefasst. Die Kennzahlen
der Varianten haben also keine quantitative Bedeutung und sollen
nur den Eindruck einer Rangskala erwecken.

Für unsere Befunde eingehender dargestellt werden, ist nachdrück-
lich darauf hinzuweisen, dass es uns hier lediglich um die Fest-

stellung der momentanen charakterologischen Struktur geht, wie sich durch eine Querschnittsuntersuchung erfassen lässt. Es soll damit also nicht gesagt werden, dass sie eine Ursache der Fehlentwicklung der Enuretiker darstellt. Die Haltung der Kinder im Zeitpunkt der Untersuchung muss in erster Linie als eine Folge dieser Fehlentwicklung betrachtet werden, als ein missglückter Versuch der Enuretiker, mit ihrer gestörten Situation fertig zu werden. Es werden also zahlreiche weitere Überlegungen notwendig sein, um von der momentanen Fehlhaltung aus auf die Entstehungsbedingungen der Enuresis schliessen zu können. Auf dieses Problem ist später noch ausführlich einzugehen.

Grundlegende Bedeutung für die Fehlhaltung der Enuretiker kommt bereits nach unseren theoretischen Überlegungen der Feststellung des Gesamtentwicklungsstandes zu. Nur 1 % der Gesamtgruppe waren charakterlich acceleriert. Dagegen zeigten sich 46,5 % in der charakterlichen Entwicklung retardiert; zu ihnen sind noch die 14,3 % der allgemein retardierten Kinder zu rechnen, sowie die 11 % der charakterlich stark Retardierten. 18 % der Untersuchungsgruppe waren also altersentsprechend entwickelt, 72 % waren Spätentwickler und lebten damit aus einer Entwicklungshaltung heraus, die nicht ganz ihrem Lebensalter entsprach. Die allgemeine körper-seelische Retardierung fand sich am stärksten bei den Kleinkindern ausgeprägt (und hier von allem bei den Jungen), die Entwicklungsdissoziation naturgemäss besonders bei den Pubertierenden.

Zunächst kann in diesem Zusammenhang nur gesagt werden, dass durch die innere Unreife eine Anpassung der Probanden an ihre Situation erschwert wird. Die differenzierte Beschreibung und Interpretation dieses Phänomens und seiner Folgen kann erst im folgenden Abschnitt gegeben werden.

Der Entwicklungsstand der Kinder ist ausschlaggebend für ihre Haltung gegenüber der Welt. Mit dem Fortschreiten der Entwicklung verändern sich auch die Methoden und Lebenstechniken, die die Kinder anwenden, um mit ihrer Situation fertig zu werden.

Tabelle 3

=====

Dimensionen und Varianten des psychologisch - charakterologischen Gesamtbildes

0 Entwicklungsstand:

- 1) allgemein retardiert
- 2) charakterlich stark retardiert
- 3) charakterlich retardiert
- 4) Entwicklungsdissoziation
- 5) altersentsprechend entwickelt
- 6) charakterlich acceleriert

1 Intelligenz:

- 1) stark überdurchschnittl. begabt
- 2) überdurchschnittlich begabt
- 3) durchschnittlich begabt
- 4) unterdurchschnittlich begabt
- 5) debil
- 6) imbezill, idiotisch

2 Antrieb:

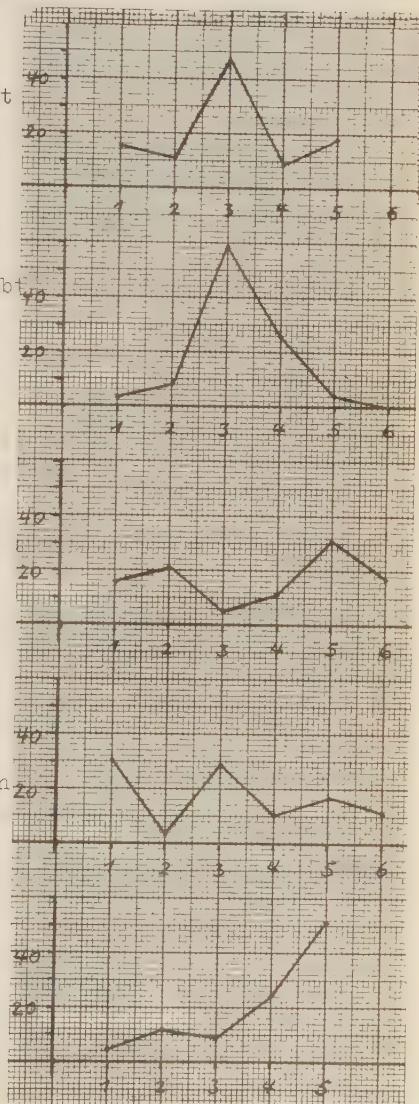
- 1) antriebsschwach (lahm)
- 2) antriebsgehemmt
- 3) mässig aktiv
- 4) aktiv
- 5) gesteigerter Antrieb
- 6) umtrieb, getrieben

3 Stimmung:

- 1) traurig, gedrückt, missmutig
- 2) ernst
- 3) schwankend
- 4) farblos, indifferent, gelassen
- 5) froh, heiter
- 6) lustig, ausgelassen

Affekterregbarkeit:

- 1) indolent, stumpf, apathisch
- 2) schwer anregbar
- 3) flach, anregbar
- 4) aufschliessbar, erregbar
- 5) übererregbar, störrisch



5 Gemüthafte Ansprechbarkeit:

- 1) gemüthvoll
- 2) gemüthsflach
- 3) sachlich, kühl, indifferent
- 4) stumpf
- 5) gemüthsarm

6 Mitschwingungsfähigkeit:

- 1) stumpf
- 2) zögernd mitschwingend
- 3) flach mitschwingend
- 4) beeindruckbar
- 5) lebhaft mitschwingend
- 6) mitschwingend ohne eigenen Kern

7 Innere Angepasstheit:

- 1) rücksichtslos, unangepasst
(auch egozentrisch, triebhaft, dumpf)
- 2) gehemmt, ängstlich
- 3) bemüht, angemessen
- 4) wach, gewandt, umstellungsfähig
- 5) überwach, versiert, ohne innere Angepasstheit

8 Innere Sicherheit und Stabilität:

- 1) labil
- 2) unsicher, irritierbar
- 3) unechte Sicherheit
- 4) sicher, bestimmt, widerstandsfähig
- 5) selbstbewusst, fest
- 6) starr, borniert, verrannt

9 Innere Steuerung:

- 1) ungesteuert, unbeherrscht, triebbestimmt
- 2) nur kurzzeitige Steuerungsimpulse, flatterhaft
- 3) gesammelt, verhalten, beherrscht
- 4) verstandesbestimmt
- 5) gespannt, willensbestimmt
- 6) verspannt, verkrampft

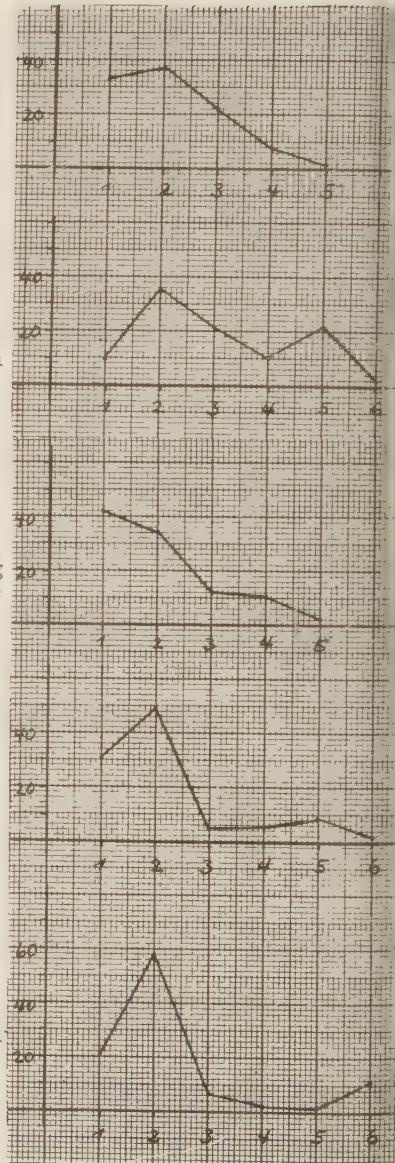


Tabelle 4

Dimensionen und Varianten des psychologisch-charakterologischen Gesamtbildes

Dimensionen und Varianten	Gesamtgruppe		Jungen		Mädchen	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
<u>Entwicklung</u>						
- 1	29	14,5	26	20,1	3	4,2
2	22	11,-	14	10,8	8	11,3
3	93	46,5	52	40,3	41	57,8
4	18	9,-	12	9,3	6	8,4
5	36	18,-	24	18,6	12	16,8
6	2	1,-	1	0,8	1	1,4
<u>Intelligenz</u>						
- 1	5	2,5	5	3,8	-	-
2	16	8,-	10	7,7	6	8,4
3	119	59,5	76	58,9	43	60,5
4	52	26,-	32	24,8	20	28,2
5	8	4,-	6	4,6	-	-
6	-	-	-	-	-	-
<u>Antrieb</u>						
- 1	32	16,-	24	18,6	8	11,3
2	41	20,5	23	17,9	18	25,4
3	10	5,-	5	3,8	5	7,-
4	22	11,-	12	9,3	10	14,1
5	62	31,-	41	31,8	21	29,6
6	33	16,5	24	18,6	9	12,7
<u>Stimmung</u>						
- 1	61	30,5	42	32,5	19	26,8
2	6	3,-	3	2,3	3	4,2
3	57	28,5	31	24,-	26	36,6
4	20	10,-	17	13,2	3	4,2
5	33	16,5	20	15,5	13	18,2
6	23	11,5	16	12,4	7	9,9
<u>Emotionen</u>						
- 1	9	4,5	7	5,4	2	2,8
2	23	11,5	17	13,2	6	8,4
3	18	9,-	11	8,5	7	9,9
4	48	24,-	33	25,5	15	21,1
5	102	51,-	61	47,2	41	57,8

Dimensionen und Varianten	Gesamtgruppe		Jungen		Mädchen	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
<u>Gemüt</u>						
5 - 1	66	33,-	40	31,-	26	33
2	74	37,-	47	36,4	27	33
3	44	22,-	29	22,4	15	22
4	15	7,5	12	9,3	3	
5	1	- ,5	1	- ,8	-	
<u>Mitschwingen</u>						
6 - 1	20	10,-	16	12,4	4	
2	71	35,5	49	38,3	22	
3	43	21,5	25	19,3	18	
4	20	10,-	9	7,-	11	
5	43	21,5	29	22,4	14	
6	3	1,5	1	- ,8	2	
<u>Angepasstheit</u>						
7 - 1	84	42,-	55	42,7	29	42
2	68	34,-	41	31,8	27	37
3	24	12,-	16	12,4	8	11
4	20	10,-	14	10,8	6	
5	4	2,-	3	2,3	1	
<u>Stabilität</u>						
8 - 1	61	30,5	36	27,9	25	33
2	99	49,5	62	48,-	37	50
3	9	4,5	8	6,2	1	
4	10	5,-	8	6,2	2	
5	17	8,5	13	10,-	4	
6	4	2,-	2	1,6	2	
<u>Steuerung</u>						
9 -1	41	20,5	27	20,9	14	18
2	116	58,-	71	55,-	45	60
3	13	6,5	6	4,6	7	
4	5	2,5	4	3,1	1	
5	2	1,-	2	1,6	-	
6	23	11,5	19	14,7	4	

Tabelle 5

Dimensionen und Varianten des psychologisch-charakterologischen Gesamtbildes

Dimensionen und Varianten	Altersgruppen							
	4 - 8		8 - 11		11 - 15		15 - 19	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
<u>Entwicklung</u>								
1	15	24,2	5	7,5	7	13,5	2	10,5
2	6	9,7	9	13,4	4	7,7	3	15,8
3	23	37,1	36	53,7	27	51,9	7	36,8
4	4	6,5	5	7,5	7	13,5	2	10,5
5	12	19,4	12	17,9	7	13,5	5	26,3
6	2	3,2	-	-	-	-	-	-
<u>Intelligenz</u>								
1	1	1,6	2	3,-	2	3,8	-	-
2	6	9,7	5	7,5	4	7,7	1	5,3
3	33	53,2	40	59,7	34	65,3	12	63,1
4	17	27,4	19	28,4	10	19,2	6	31,6
5	5	8,1	1	1,5	2	3,8	-	-
6	-	-	-	-	-	-	-	-
<u>Interesse</u>								
1	7	11,3	11	16,4	8	15,4	6	31,6
2	11	17,7	17	25,4	9	17,3	4	21,-
3	2	3,2	-	-	5	9,6	3	15,8
4	4	6,5	9	13,4	6	11,5	3	15,8
5	23	37,1	19	28,4	17	32,7	3	15,8
6	15	24,2	11	16,4	7	13,5	-	-
<u>Einstimmung</u>								
1	13	21,-	14	20,9	25	48,1	9	47,3
2	1	1,6	4	6,-	1	1,9	-	-
3	17	27,4	18	26,9	16	30,8	6	31,6
4	7	11,3	10	14,9	1	1,9	2	10,5
5	14	22,6	9	13,4	8	15,4	2	10,5
6	10	16,1	12	17,9	1	1,9	-	-
<u>Emotionalerregbarkeit</u>								
1	2	3,2	4	6,-	1	1,9	2	10,5
2	7	11,3	7	10,4	6	11,5	3	15,8
3	3	4,8	7	10,4	6	11,5	2	10,5
4	16	25,8	17	25,4	12	23,1	3	15,8
5	34	54,8	32	47,8	27	51,9	9	47,3

Dimensionen und Varianten	Altersgruppen							
	4 - 8		8 - 11		11 - 15		15 - 19	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
<u>Gemüt</u>								
5 - 1	22	35,5	24	35,8	17	32,7	3	15,2
2	25	40,3	26	38,8	19	36,6	4	22,2
3	9	14,5	12	17,9	14	26,9	9	47,8
4	6	9,7	4	6,-	2	3,8	3	15,2
5	-	-	1	1,5	-	-	-	-
<u>Mitschwingen</u>								
6 - 1	8	12,9	6	9,-	2	3,8	4	22,2
2	18	29,-	28	41,8	18	34,6	7	36,7
3	15	24,2	14	20,9	10	19,2	4	22,2
4	5	8,1	2	3,-	10	19,2	3	15,2
5	16	25,8	17	25,4	10	19,2	-	-
6	-	-	-	-	2	3,8	1	5,6
<u>Angepasstheit</u>								
7 - 1	27	43,6	30	44,8	18	34,6	9	47,8
2	17	27,4	26	38,8	19	36,6	6	31,1
3	10	16,1	4	6,-	7	13,5	3	15,2
4	6	9,7	5	7,5	8	15,4	1	5,6
5	2	3,2	2	3,-	-	-	-	-
<u>Stabilität</u>								
8 - 1	17	27,4	18	26,9	17	32,7	8	42,1
2	27	43,6	37	55,2	27	51,9	8	42,1
3	2	3,2	5	7,5	2	3,8	-	-
4	6	9,7	3	4,5	1	1,9	-	-
5	8	12,9	4	6,-	3	5,7	3	15,2
6	2	3,2	-	-	2	3,8	-	-
<u>Steuerung</u>								
9 - 1	12	19,4	15	22,5	8	15,4	6	31,1
2	33	53,2	40	59,7	33	63,4	10	52,6
3	2	3,2	4	6,-	6	11,5	1	5,6
4	3	4,8	2	3,-	-	-	-	-
5	2	3,2	-	-	-	-	-	-
6	10	16,1	6	9,-	5	9,6	2	10,5

diesem Zusammenhang schien neben der Untersuchung des körperlichen und charakterlichen Entwicklungsstandes auch die Untersuchung der intellektuellen Leistungsfähigkeit angebracht.

Die Verteilung der Ergebnisse zeigt Ähnlichkeit mit der Normalverteilung, ist allerdings auf der Seite der leicht unterdurchschnittlichen Intelligenzleistungen etwas stärker betont. Dennoch kann gesagt werden, daß die IQ-Verteilung nicht signifikant von der Verteilung in der Normalbevölkerung abweicht, wenn der Untersuchungsgegenstand ein genügend großes und nicht einseitig ausgelesenes Material zugrunde liegt. Unter den untersuchten Enuretikern sind alle Intelligenzgrade vertreten (Imbezille und Idioten wurden bei der Bearbeitung ausgeschieden) bei einer deutlichen Häufung der durchschnittlichen Leistungen. Die Ergebnisse streuen bei den Jungen etwas weiter als bei den Mädchen, bei den 4-8-Jährigen das Schwergewicht etwas mehr nach unten verlagert als bei anderen Gruppen.

Wenn man Enuretiker im Einzelkontakt erlebt und ferner, wenn man bei älteren Kindern die Schulleistungen betrachtet, hat man oft den Eindruck, ihre Leistungsfähigkeit sei durch andere als abtönungsmäßige Faktoren herabgesetzt. Die Kinder sind auf dem Leistungssektor nicht voll entfaltet.

Antriebslebendigkeit ist häufig gesteigert, oft erweisen sich die Kinder sogar als umtriebig und überlebhaft (47,5 %). Den Kindern steht allerdings der gehemmte und der antriebswache Typ (zusammen 36,5 %) gegenüber. Die ausgeglichene und situationsgerechte Aktivität findet sich nicht sehr häufig (16%). Vielleicht in der Natur der Geschlechter (wenn auch Einzelbeispiele oft ein anderes Bild zeigen), daß bei den Jungen gesteigerter Antrieb häufiger zu finden ist und die Mädchen eher zu einer gehemmten und verhaltenen Weltzuwendung neigen. Also natürlich ist es, daß die jüngeren Kinder in ihrer wenig beherrschten und gesteuerten Haltung stärker antriebsbetont sind, während die Jugendlichen nach der Pubertät (bei denen allerdings die Mädchen etwas stärker vertreten sind) nicht so leicht aus sich herausgehen. Im Lauf der Entwicklung tritt

daneben auch die Tendenz heraus, die frei flottierende Antriebs-
lebendigkeit zu einer zielgerichteten Aktivität umzuformen.

Die Stimmung ist in ihrer Färbung bei den meisten Enuretikern
gedrückt, vor allem bei den zwei letzten Altersgruppen, während
und nach der Pubertät also. Nur ein kleiner Prozentsatz neigt
eher zum heiteren Pol, die Lustigsten sind dabei die kleineren
Kinder.

Ein großer Teil der Kinder ist durch auffallende Stimmungs-
schwankungen ausgezeichnet. Nach der Verlaufsgestalt betrachtet,
sind die Stimmungen also schwankend und labil. Dieser Zug steht
bei den Mädchen deutlich im Vordergrund, während die Jungen
neben der gedrückten und mißmutig-gereizten Stimmung oft auch
eine indifferente und stimmungsmäßig farblose Haltung zeigen
(vor allem die 8 - 11-Jährigen der Vorpubertät).

Ein auffallender Befund ergab sich bei der Affekterregbarkeit:
obgleich manche Kinder im Verhalten zunächst als stumpf und wenig
anregbar auffielen, bestätigte die psychol. Untersuchung diese
Diagnose nur in 4,5 % aller Fälle. Dagegen waren 51 % übererreg-
bar und störrisch, reagierten empfindlich auf jeden Reiz. 24 %
konnten als erregbar und irritierbar bezeichnet werden, bewegten
sich also noch im Spielraum normaler charakterologischer
Variation.

Dieses Ergebnis, das in einer J-Kurve darstellbar ist, zeigt
recht klar, daß die untersuchte Gruppe in diesem Merkmal stark
einseitig akzentuiert ist. Die Unterscheidungen nach Geschlecht
und Alter ergeben keine signifikanten Differenzen. Die Dimension
der Affekterregbarkeit überschneidet sich vielfach mit der
Dimension der Anregbarkeit im Sinne der Sensibilität, deckt
sich aber durchaus nicht mit ihr. Während die Affekterregbarkeit
bei den untersuchten Kindern stark einseitig überhöht ist, fin-
den wir in der Dimension der Sensibilität beide Pole stark be-
tont. Neben hypersensiblen und sehr feinfühligsten Kindern finden
wir stumpfe Kinder, die aber beide durch affektive Spannungen
irritiert werden, wenngleich sie diese auf verschiedene Weise
verarbeiten.

Es ist allerdings schwierig, eine rasche Klärung über die Sensibilität eines Kindes zu finden, da gerade dieser Wesenszug durch jahrelange Versagungen und Belastungen verschüttet sein kann (vgl. Einfluß der Verwahrlosung) und nur noch sporadisch durchschimmert.

Die Untersuchung der gemüthhaften Ansprechbarkeit erbrachte kein überraschendes Ergebnis. Unsere Zahlen stellen jedoch die Meinung mancher Autoren in Frage, die in den Enuretikern gern gemütsarme Verwahrloste oder Psychopathen sehen wollen und ihnen gern die "innere Substanz" absprechen. Es gilt hier das oben über die Verschüttetheit der Sensibilität Gesagte. Gemütsmäßig stumpfe Kinder fanden sich in 7,5 % unserer Fälle, gemütsarme in nur 0,5 %. 37 % wirken allerdings in der Tiefe und Wärme ihres Empfindens etwas flach (Interpretation s.u.), während 33 % als ausgesprochen gemütvoll bezeichnet werden können.

Die Jugendlichen in und nach der Pubertät sind teilweise um eine indifferente und sachlich distanzierte Haltung bemüht, die bei den Jungen deutlicher hervortritt als bei den Mädchen.

Dieses Ergebnis wird durch die Untersuchung der Mitschwingungsfähigkeit bestätigt. Auch hier wurden nur 10 % der Kinder als stumpf bezeichnet. 35,5 % schwingen dagegen zögernd und verhalten mit, sind also nicht ohne weiteres frei und aufgeschlossen. Sie müssen erst "warm werden"; statt im persönlichen Kontakt harmonisch mitzuleben, sind sie gespannt auf oder gegen den Partner gerichtet. Dieses Verhalten kann bei oberflächlicher Betrachtung natürlich leicht als Stumpfheit des Erlebens und Verhaltens mißverstanden werden. Neben dieser Gruppe finden sich noch häufig die flach und lebhaft Mitschwingenden (je 21,5 %).

Die Mädchen sind im allgemeinen etwas aufgeschlossener als die Jungen, während vor allem die Jugendlichen (aber auch schon die Kinder in der Phase der Vorpubertät) aus der Problematik ihres Alters heraus nicht so frei mitschwingen konnten.

Auch das Problem der Anpassung war nicht oberflächlich zu lösen. Wichtiger als eine bloße disziplinäre Einordnung in einen vorgegebenen Rahmen war uns die innere Angepaßtheit. Hier überwogen eindeutig die unangepaßten Kinder, und zwar nach zwei Richtungen: in 42 % der Fälle fanden wir rücksichtslos-unangepaßte Kinder (zu denen war auch die egozentrischen und triebhaften zählen sowie alle, die aus eigensinniger Durchsetzung heraus an den Forderungen ihrer Umgebung vorbeileben) und daneben in 34 % ängstlich-gehemmte Kinder, die aus dieser Haltung heraus nicht an die Situation angepaßt waren.

Die Mädchen sind im Vergleich mit den Jungen eher gehemmt und ängstlich, bemühen sich unsicher und beflissen um eine Eingliederung in die Umgebung. Die Jungen sind mehr unbekümmert-unangepaßt. Eine signifikante Unterscheidung der beiden Geschlechter ist aber nicht möglich.

Die pubertierenden Jugendlichen sind außerordentlich egozentrisch und ich-befangen, aber bei äußerer Betrachtung durchaus nicht immer rücksichtslos-unangepaßt. Bei ihnen kommt oft eine alters- und phasensprechende Protesthaltung gegenüber den Erwachsenen zum Durchbruch. Am wenigsten tritt die Bemühung jedoch bei den Kinder der Vorpubertät (Flegelalter!) in Erscheinung.

Die Interpretation dieser Ergebnisse wird unterbaut durch die Untersuchung der inneren Sicherheit und Stabilität. 30,5 % der Kinder zeigten sich labil und wenig festgelegt im Verhalten, ohne jedoch vorwiegend den Eindruck der inneren Unsicherheit zu machen. 49,5 % jedoch waren ausgesprochen selbstunsicher, wenig durchsetzungsfähig und im Selbstgefühl wenig belastbar. Dabei waren keine signifikanten Unterschiede zwischen den Jungen und den Mädchen feststellbar. Die kleineren Kinder zeigten teilweise eine natürliche Selbstsicherheit, die sich auch bei den Schulkindern in manchen Fällen in naiv-kindlicher Form bemerkbar machte. Die Jugendlichen versuchten in einzelnen Fällen, ihre innere Unsicherheit durch ein verkrampft und versteiftes Selbstbewußtsein zu kompensieren, wodurch sie festgefahren und verrannt wirkten. Bei allen Altersstufen aber überwog eindeutig die innere Unsicherheit und der Mangel an seelischer Stabilität.

Die Verbindung zwischen den beiden letztgenannten Dimensionen gibt die Untersuchung der inneren Steuerung. Zwar waren nur 20,5 % unbeherrscht und triebbestimmt, doch fielen 58 % dadurch auf, dass ihr Verhalten nur durch kurzzeitige Steuerungsimpulse geregelt war und dadurch fahrig und flatterhaft wirkte. Demgegenüber fällt die Gruppe der Verkrampften und Borniert-Starren (11,5 %) kaum ins Gewicht.

Jungen und Mädchen bilden im ganzen ein ähnliches Bild, letztere wirken eher etwas bestimmter und williger, die Jungen neigen mehr zu einer verspannten und verkrampften Haltung. Bei den 4-8-Jährigen sind nicht nur die triebbestimmten Handlungen verstärkt, sondern auch die impulsiven Trotzhandlungen.

Zusammenfassung:

Es wurde bei diesem Versuch, eine Modalpersönlichkeit des Enuretikers zu finden, deutlich, dass sich die untersuchten Kinder und Jugendlichen nicht als einheitliche Gruppe behandeln lassen, sondern in einigen Dimensionen entgegengesetzte Strukturtypen darstellen.

Einige dominante Züge finden sich allerdings wesentlich gehäuft und stellen somit wohl einen Teil der bedingenden und ermöglichenden Faktoren einer Enuretiker-Genese in der Persönlichkeitsstruktur der Enuretiker selbst dar.

- (1) Die Kinder sind in grosser Zahl charakterlich retardiert und dadurch nicht immer an die Forderungen angepasst, die ihre Umgebung an sie stellt.
- (2) Es ist daher nicht verwunderlich, dass wir gerade in der Dimension der inneren Anpasstheit recht eindeutige Befunde erheben konnten: die Kinder sind meist nicht harmonisch an ihre Lebenssituation angepasst, sondern leben oft aus einer Konflikthaltung heraus. Diese kommt allerdings je nach der Eigenart der Kinder in verschiedenartigen Reaktionstendenzen zum Ausdruck: die Kinder sind entweder rücksichtslos und egozentrisch unangepasst oder aber ängstlich, unsicher und gehemmt.
- (3) Die Unangepasstheit hängt allerdings sicher auch mit der Dimension der Affekterregbarkeit zusammen: die Kinder sind meist irritierbar, können emotional und affektiv leicht gestört und durcheinander gebracht werden. Von dieser Affekterregbarkeit und Störbarkeit muss die Dimension der Sensibilität getrennt werden: hier sind bei unseren Kindern der stumpfe und der hypersensible Pol ausgeprägt, wenngleich auch der letztere etwas deutlicher hervortritt. Die Erlebnisse schwingen immer noch lange nach.

- (4) Bereits durch die Störbarkeit werden schwache Eigenmachtgefühle und Selbstwertgefühle nahegelegt. Die Kinder zeigen sich in ihrer Haltung labil und treten der Welt unsicher gegenüber.
- (5) Die steuernden Instanzen setzen sich gegenüber dem lebendigen, wenn auch nicht immer offenen Antrieb nur kurzzeitig durch. Das Verhalten wirkt daher oft flatterig, unkonzentriert und flach. Es fehlt die Ausdauer, die Beständigkeit, der lang anhaltende Wille. Die Antriebslebendigkeit verströmt, ohne zu einer zielgerichteten Aktivität umgeformt zu werden.

Über diesen allgemeinen Persönlichkeitszügen der Enuretiker bauen sich völlig verschiedenartige Persönlichkeitsstrukturen auf, die im Zusammenspiel mit den Gegebenheiten des Lebens- und Erlebnisraumes der Kinder die Störung in ihrer jeweiligen Symptomstruktur gestalten (z.B. zeichnen sich im Antriebsbereich bereits antriebsgehemmte und umtriebige Kinder als verschiedene Typen - mit allen Folgeeigenschaften - deutlich ab).

Betrachtet man eine Reihe individueller Persönlichkeitsbilder von Enuretikern oder tritt man mit ihnen in persönlichen Kontakt, so findet man als dominante charakterologische Haltung hinter verschiedenen Verhaltensstilen eine gespannte Unruhe, die in einem unangepassten ausweichenden Verhalten entladen wird. Die Kinder können äusserlich brav und still oder auch umtriebig sein, bei längerer Beobachtung tritt die untergründige fieberhafte Erregung immer stärker in den Vordergrund. Die Kinder befinden sich gleichsam immer in einem Zustand, als könnten sie etwas kaum erwarten. Sie schwingen auch im Kontakt nicht harmonisch mit, sondern sind gespannt auf oder gegen den Partner gerichtet.

Das obengenannte Ausweichen der Enuretiker kann (je nach der Wesensart der Kinder) durch einen seelischen Retentionsmangel passiv verlaufen oder aber als aktive Entladung der Spannung in Erscheinung treten. Die Gespanntheit wird im zweiten Fall zwar jäh gelöst, aber nicht explosiv. Das Antriebsgeschehen wirkt eher flackernd.

3) Die Psychogenese der Enuretiker:

Die Auswertung der psychologischen Befunde, die wir bei 200 Enuretikern erhoben, zeigte in verschiedenen Dimensionen bereits wesentliche Zusammenhänge. Um die Struktur und das Werden der Fehlhaltung erklären zu können, muss aber die Wesensart der Enuretiker im ganzheitlichen Lebenszusammenhang untersucht werden.

Wir gehen im folgenden von den erarbeiteten 200 Fallstudien aus, um die charakterologische Querschnittsbetrachtung zur ganzheitlichen Psychogenese zu erweitern. Die inneren Zusammenhänge können dabei natürlich nur in Schwerpunkten angedeutet werden.

Das Einnässen wird vielfach als eine Regression auf frühkindliche Verhaltensweisen betrachtet, durch die der Wunsch des Kindes nach infantiler Geborgenheit und Wärme zum Ausdruck kommt. Diese Interpretation ist sehr allgemein gehalten und weicht der Frage nach einer Enuretiker-Struktur ganz aus. Unsere Befunde stützen diese Annahme in gewisser Weise: in einer grossen Zahl unserer Fälle sind die Kinder charakterlich retardiert, d.h. sie entsprechen in der Form ihres Erlebens und Verhaltens nicht der Durchschnittsnorm ihrer Entwicklungsstufe und Altersgruppe. Die charakterliche Retardierung stellt aber u.E. eine wesentliche Voraussetzung des Fehlverhaltens im allgemeinen dar und kann auch die ermöglichende Grundlage des regressiven Verhaltens bilden. Durch diese Retardierung sind die Kinder nämlich nicht voll an die Forderungen der Umgebung angepasst. Auch ihre Bedürfnisse sind kindlicher als ihrem Alter entspricht. Bei Belastungen und emotionalen Spannungen können sie daher diesen Forderungen durch eine Regression auf frühkindliche Verhaltensmuster ausweichen, um sich die kleinkindhafte Geborgenheit und Sicherheit zu erhalten. Die Retardierung als Voraussetzung einer Regressionstendenz erstreckt sich also vorwiegend auf affektiv-emotionale Regungen und zieht die intellektuelle Leistungsfähigkeit nur sekundär in Mitleidenschaft.

So war z.B. die 10;4 Jahre alte Edith ordentlich begabt, kam auch in der Schule immer recht gut mit. Sie wirkte aber im Kontakt noch kindlich und unfertig, zeigte wenig Wirklichkeitssinn und trat auch sich selbst mit zu wenig Selbstkritik gegenüber. Bei der Untersuchung erwies sich, dass sie sich zu Hause gegenüber den jüngeren Geschwistern verkürzt und unverstanden vorkam. Im Hintergrund des Verhaltens stand ein fast babyhaft anmutendes Zärtlichkeits- und Geltungsbedürfnis. Das Kind spielte die Rolle des ganz Kleinen.

Es wurde bereits festgestellt, dass die Begabungshöhe unserer Probanden sehr weit streut. Wir finden Intelligenzleistungen aller Stufen. Die Konfliktentstehung dürfte also relativ unabhängig vom Intelligenzniveau sein, wenn dieses auch als belastender Faktor eine verzögernde und erschwerende Rolle bei der Reinlichkeitserziehung spielen mag und die Wesensart des Enuretikers in jedem Fall mitprägt.

Die Enuretiker sind durch eine innere Konflikthaltung gestört. Der Kern dieser Störung liegt offenbar im affektiv-emotionalen Bereich, im endothyment Geschehen. Die Bedürfnisstruktur unserer Probanden ist kindlich. Die Psychoanalyse konnte daher mit Recht immer wieder darauf hinweisen, dass bei der Enuresis die Triebentwicklung gestört sei. Wie wir sahen, wurde vor allem die Erziehungsaufgabe der Reinlichkeitsperiode nicht immer voll gelöst. Das ist nicht nur in jenem heute oft noch festgehaltenen Sinn zu verstehen, dass eine strenge und harte Reinlichkeitserziehung zu späterem Einnässen führe. 73 % unserer Kinder sind ja gar nie sauber geworden. Deshalb muss dieser enge Gesichtspunkt etwas verbreitert werden: es gelang nicht, während der Reinlichkeitserziehung und durch sie ein ausgewogenes Verhältnis von Geben und Nehmen zu erlangen und die Kinder in eine Ordnung hineinwachsen zu lassen. Wenn das nicht gelungen ist, so handelt es sich sicherlich nicht in erster Linie um Erziehungsfehler, d.h. um einzelne falsche Erziehungsakte. Im allgemeinen war die erzieherische Gesamtatmosphäre gestört, vor allem die Beziehung zur Mutter.

an hier aus zeigen sich uns bei der Untersuchung zwei verschiedene Gruppen von Enuretikern:

der verwahrloste, ungezügelte, ungesteuerte oder enthemmte Einnässer, der den Forderungen der Umwelt aggressiv gegenübertritt und sich nur schwer durch eine feste Grenze halten lässt. Er wirkt nach aussen durch seine unangepasste und verspernte Haltung oft etwas stumpf, ist aber im Grunde recht empfindlich und leicht erregbar;

der verklemmte, scheue und eingeschüchterte Einnässer, der trotz seines Ehrgeizes sich keiner Leistung gewachsen fühlt und meist aus Unsicherheit und geringem Durchsetzungsvermögen versagt. Er kann nicht recht aus sich herausgehen, kann auch seine inneren Spannungen und Konflikte nicht frei abreagieren.

Beide Gruppen weisen hohe (oft übersteigerte) Ansprüche auf, die sie in den wenigsten Fällen durch positive und produktive Leistungen decken können und denen ihr Selbstvertrauen und ihre innere Sicherheit nie entsprechen.

Das Eigenmachtgefühl ist bei den Enuretikern im allgemeinen recht schwach entwickelt, da es sich meist um asthenische, tatseelisch nicht sehr belastbare Kinder handelt. Sie sind durch einerseits nicht besonders robust, auf der anderen Seite aber auch gegenüber der Umgebung sachlich nicht sehr Durchsetzungsfähig: in belastenden Situationen und bei inneren Spannungen weichen sie daher häufig aus. Die aggressive Wendung gegen die Kameraden und Erzieher, die wir bei vielen Kindern finden, ist nicht aus ihrer Wesensart allein, sondern vielmehr als Reaktion der empfindlichen und selbstunsicheren Probanden auf eine Drucksituation zu verstehen. Diese Aggressivität ist also auch ein Ausweichen und stellt ein Symptom aus dem Syndrom der Enuretiker dar. Aber nicht nur bei den enthemmten Kindern, sondern auch bei den verklemmten und selbstunsicheren Probanden finden wir erhebliche Aggressionen. Sie bleiben aber verhalten und können oft nicht gelöst werden. Im Grunde handelt es sich also bei den beiden Gruppen um eine aktive und eine passive Reaktion auf ein Frustrationserlebnis. Ein Teil der Kinder richtet sich aggressiv gegen die frustrierende Barriere oder

Situation oder entlädt die Spannungen inadäquat gegen Personen der Umgebung. Die anderen Kinder sind zu selbstunsicher und weichen bei Versagungen in passiv-resignierende Verhaltensweisen aus.

Im Verlauf ihrer weiteren Entwicklung werden die Enuretiker gerade durch ihre Gestörtheit und durch das soziale Stigma des Symptoms in die Situation von Aussenseitern gedrängt. Dadurch ist ihr Selbstwertgefühl ständig neuen Belastungen ausgesetzt, was die aggressive Haltung in einem Circulus vitiosus immer wieder auf neue hervorruft und festigt. Aus einem "Ich kann nicht" wird dabei unter Umständen ein "Ich will nicht". Die Kinder leiden unter erheblichen Minderwertigkeitsgefühlen, die durch erneute Verunsicherung immer stärker in den Vordergrund treten. Sie wollen etwas sein und darstellen, versuchen auch, mit ihrer eigenen Unsicherheit auf verschiedene Weise fertigzuwerden (MEHRINGER 1959).

Es wurde betont, dass die Kinder durch ihre dünnblütige Art vitalseelisch oft nicht besonders belastbar sind. Fast in jedem einzelnen Fall kann man feststellen, dass es sich um sehr sensible Kinder handelt, die durch ihre leicht erregbare Grundhaltung rasch aus dem Gleichgewicht gebracht und gestört werden können (WALDE 1961). Als eine grundlegende Voraussetzung der Fehlhaltung bei Enuretikern wird man also wie auch bei anderen seelischen Störungen die überstarke Irritabilität und die geringe emotionale Stabilität annehmen müssen (EYSENCK 1959). Die untersuchten Kinder sind deshalb auch gefühlsmässig leicht verletzbar, können in ihrer unsicheren Haltung empfindlich auf Beeinträchtigungen und Belastungen reagieren.

Obgleich sie also gefühlsmässig leicht ansprechbar sind und sich auch über gemüthafte Bindungs- und Mitschwingungsfähigkeit verfügen, fehlt es ihnen doch an der Stabilität und Ausgewogenheit im endothyment Erleben. Die Antriebe und Strebungen sind noch wenig differenziert und geprägt, dadurch auch wenig festgelegt und durch jede Situation ubiquitär erregbar. Das Antriebsgeschehen

st also weitgehend diffus und ungezielt, da die reale Orientierung an der Situation häufig fehlt und durch die Fixierung in ein Auslöseschema ersetzt ist. Aus dem frei flottierenden und leicht erregbaren propulsiven Drängen ist durch die Entwicklung und die erzieherische Prägung noch kein impulsives Streben gestaltet worden (THOMAE 1955, 1959).

Die Antriebe und Strebungen sind aber nicht nur in sich selbst wenig festgelegt und stabil. Durch die charakterliche Retardierung der Kinder ist auch die Steuerung durch andere Persönlichkeitsinstanzen nur unzureichend ausgeprägt. Es fehlt den Enuretikern nicht nur an selbstsicherem Halt und an vital-eelischer Ausgeglichenheit und Belastbarkeit, das Antriebsgeschehen ist dazuhin weder willentlich noch verstandesmäßig überformt und gesteuert. Die prospektive Sphäre (THOMAE 1955) ist nur wenig entwickelt. Dadurch können sich die Kinder auch nur wenig von ihrem Erleben und Verhalten distanzieren. Sie leben antriebsunmittelbar aus der momentanen Situation heraus, die häufig falsch gesehen und erlebt wird. Durch die geringe Differenziertheit der Antriebe verlaufen die Handlungen oft noch auf primitiv-ganzheitlicher Stufe, wirken also stereotyp und wenig flexibel (WEBNER 1953). Trotz des hohen Spannungsgrades der Antriebsstruktur fehlt es dieser an Tiefe und Schwere (im Sinne der Extensität nach WELLEK 1950).

Die geschilderte Antriebsstruktur der untersuchten Enuretiker, die hier nur in ihren dominanten Zügen erfasst und dargestellt werden konnte, bleibt unvollständig und unverständlich ohne den Bezug zu der konkreten Feldsituation, mit der sie verflochten ist. Sie wird nur verständlich durch die Stellung der gestörten Persönlichkeit in einem "gespannten System" (LEWIN). Auf diese Zusammenhänge werden wir später noch ausführlich eingehen.

Die oben erwähnten beiden Gruppen der Enuretiker können auf Grund dieser Feststellungen zu umfassenderen Gruppen erweitert werden:

Gruppe A: dünnblütige Enuretiker, die zwar gefühlsmässig leicht ansprechbar sind, in ihrer weichen Art aber halt- und retentions- schwach wirken. Sie sind von zarter Konstitution und können sich deshalb im allgemeinen nicht sehr straff und robust durchsetzen. Durch ihre erlebnisbestimmte Haltung stehen die weichen, labilen und unruhig-ungefestigten Züge im Vordergrund ihrer Wesensart. Der Geltungsanspruch ist hoch, das Selbstgefühl aber meist schwach und nicht sehr stabil. Die Kinder sind unruhig und ablenkbar, setzen sich bei den Aufgaben nur flatterig und unkonzentriert ein. Die inneren Spannungen werden zwar entladen, aber nicht in massiven Durchbrüchen, sondern in diffusen und langdauernden (teilweise unterschwellig) Erregungen.

Der 9;7-jährige Siegfried ist ein sehr weicher und lieber Junge, der im Umgang freundlich und willig wirkt, im Grunde aber allen realen Forderungen aus dem Weg geht. Er nässt nicht nur ein, sondern neigt auch zum Lügen, Streunen und Schulschwänzen. Mit seinem Freund zusammen stellt er zudem immer wieder raffinierte Streiche an. Man kann ihn erzieherisch sehr leicht ansprechen, die Wirkung hält aber nicht sehr lange an. Er fühlt sich zu Hause ungeborgen und überflüssig.

Gruppe B: auch diese Kinder wirken haltschwach, dabei aber viel aktiver: sie sind aufgeschlossen, nach aussen gewandt, reagieren impulsiv aus einer momentanen Stimmung heraus. Ihre Antriebs- lebendigkeit wirkt aber nicht nur labil und unruhig-enthemmt, sondern auch unüberlegt und oberflächlich. Sie zerflattert oder entläßt sich in jähren, ungebremsten Affektentladungen. Durch die ständige innere Unruhe, wie auch durch ihr launisches und eigenwilliges Verhalten sind die Kinder innerlich nicht an ihre Situation angepasst. Sie sperren sich zum Teil auch trotzig gegen die Forderungen der Umgebung oder wenden sich gar mit offener Aggression gegen sie. Aber auch bei ihnen zeigt sich hinter allen Launen und Unausgeglichheiten eine angstgetönte, ambivalente Haltung und damit eine ausgeprägte innere Verspanntheit. Ihre Aktivität wirkt nicht unbedingt vital kräftig.

Der 11;9-jährige Jürgen ist im Schülerhort nicht mehr tragbar. Er wird von der Kindergärtnerin als ein frecher, dreister Draufgänger geschildert, der einkote, wenn ihm etwas nicht passe und der die anderen durch seine Schlägereien tyrannisiere. Schon äusserlich wirke er unpünktlich, schlampig und neige zum Lügen. Ein unsauberer, wilder und ungepflegter Gassenjunge, der viel sich selbst überlassen ist und unter den häuslichen Spannungen sehr leidet.

Gruppe C: hypersensible Enuretiker, die im Kontakt unsicher- verhalten bleiben und sich ängstlich anpassen. Durch ihre intellektuelle Steuerung wirken sie ruhig, sind aber emotional leicht störrisch. Im Hintergrund steht auch bei ihnen die ängstlich-verklemmte Haltung und die empfindsame Selbstunsicherheit, durch die ihre ständige latente Affektbereitschaft nicht zum Durchbruch kommt. Sie treten daher im Kontakt unfrei und befangen

f, lassen jugendlichen Schwung und spontane Aktivität häufig rmissen. Durch ihre egozentrische Haltung sind sie leicht rletzbar, verlieren auch in Belastungssituationen rasch den pf, werden aufgereggt und nervös.

Der 9;1 Jahre alte Günther kommt eigentlich nur seines Bettnässens wegen zur Beratungsstelle. Er macht zu Hause erzieherisch angeblich keine Schwierigkeiten. Er geht gern zur Schule; seine Leistungen sind gut, aber sehr vom Lehrer abhängig. Er kann sich schlecht konzentrieren, ist etwas flatterhaft und kommt leicht durcheinander. Daheim ist er im allgemeinen brav, bleibt gern für sich. Daher hat er auch keine richtigen Freunde und spielt nur gelegentlich mit zwei kleineren Mädchen, die er behütet und bemuttert. Durch ein hartes Wort wird er gleich durcheinander gebracht und findet lange nachher keine Ruhe mehr. Er leidet unter seiner unehelichen Geburt.

Gruppe D: diese Kinder sind unsicher und verkrochen. Es scheint ihnen alle Freude, alle kindliche Frische und Heiterkeit genommen zu sein. Sie wirken in ihrer ängstlichen, entmutigten und passiv-resignierenden Haltung fast wie verprügelte Hunde. Da sie die Welt als bedrohlich und beängstigend erleben, ziehen sie sich ganz in sich selbst zurück und isolieren sich in dieser Selbstschutzhaltung von der Umgebung. Dadurch ist es natürlich schwer, Zugang zu ihnen zu finden. Sie geben sich unscheinbar, wirken eingeschüchtert und bedrückt. Sie sind sehr empfindsam, charakterlich aber nicht voll entfaltet.

Der 8;4 Jahre alte Rudi kam nach seiner unehelichen Geburt ins Heim. Die Mutter nahm ihn erst wieder zu sich, als er etwa 6 Jahre alt war. Sie hatte inzwischen geheiratet und zwei eheliche Kinder geboren. Rudi lebt in dreckigen und verwahrlosten Verhältnissen in einer Baracke. Die Mutter sieht nicht sehr auf Sauberkeit und Ordnung. Sie zieht zudem die Halbgeschwister sehr deutlich vor, so dass Rudi sich völlig vernachlässigt und zu kurz gekommen fühlt. Vom Lehrer wird er sehr gelobt. Dieser meint, der Bub brauche nur eine andere Umgebung, dann werde er schon aus sich herausgehen. Bei der Untersuchung wirkte der Junge bedrückt und ängstlich. Er traute sich nichts zu und musste ständig ermutigt werden. Auffallend war seine resignierte Haltung.

Gruppe E: die Kinder sind auch charakterlich wenig differenziert und entfaltet. Bei ihnen sind aber nicht mehr allzuvielle Entwicklungsmöglichkeiten gegeben. Sie leben oft phlegmatisch aus ihrer primitiven, dumpfen Haltung heraus. Die Intelligenzleistungen bleiben teilweise unter dem Durchschnitt. Dadurch fehlt im Verhalten an Einsicht und Steuerung, aber auch an freiem empfinden und an warmherzigem Mitschwingen. Die Kinder leben in derber Weise impulsiv und triebhaft ihre momentanen

Regungen aus, ihr Verhalten hat dabei oft einen stereotypen Zug. Es handelt sich meist um vernachlässigte und ungepflegte Kinder aus verwahrlostem Milieu.

Der 8;8 Jahre alte Ernst besucht die Sonderschule. Er lernt nicht gern und muss ständig zur Erledigung der Schulaufgaben gezwungen werden. Auch erzieherisch macht er erhebliche Schwierigkeiten: er folgt nicht, ordnet sich nicht ein, führt unanständige Redensarten im Munde, lügt, strolcht herum etc.. Im Kontakt wirkt er hemmungslos-frech, unbekümmert und distanzlos. Er tyrannisiert seine Pflegeeltern, die seiner Erziehung nicht mehr gewachsen sind.

Gruppe F: unter dieser Bezeichnung sammeln wir die Fälle, die sich keiner anderen Gruppe zuordnen lassen (n = 4).

Natürlich lassen sich nicht alle Kinder schematisch einer dieser Gruppen zuordnen, die sich teilweise überschneiden. Sie sind ohnehin nur als grobe Ordnungsgesichtspunkte gedacht. Trotz vieler Gemeinsamkeiten gibt es aber auf keinen Fall einen einheitlichen Charaktertyp des Enuretikers. Selbst bei ähnlichem Verhalten finden wir oft völlig verschiedenartige Hintergründe.

Die Enuretiker (und damit auch die oben angeführten Gruppen) lassen sich jedoch in verschiedenen Dimensionen polar entgegengesetzten Haltungen zuordnen. Als wesentlichste Polaritäten seien genannt:

aktiv, umtriebig	-	passiv, eingeengt, verhalten
(B, evtl.E	-	C, D, evtl. A)
kontrolliert,beherrscht	-	unkontrolliert, ungesteuert
(C	-	B, E)
erregbar, unruhig	-	stumpf, lahm, primitiv
(A, B, C, D	-	E)
sensibel, empfindsam	-	stumpf, derb
(A, B, C, D	-	E)
lustig, unbekümmert	-	traurig, bedrückt, unfroh
(z.T. A, B, E	-	D, evtl. C).

Die genannten Gesichtspunkte überschneiden sich. Besonders wesentlich für die Differenzierung der Enuretiker erscheint uns der erste Gesichtspunkt (Aktivität - Passivität).

Die oben beschriebenen Gruppen kommen bei unseren Probanden in folgender Häufigkeit vor:

Gruppe	Altersstufen									
	4 - 8		8 - 11		11 - 15		15 - 19		zus.	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
A	12	19,4	27	40,3	15	28,8	6	31,6	60	30,-
B	28	45,1	19	28,4	13	25,-	5	26,3	65	32,5
C	2	3,2	6	9,-	11	21,1	3	15,8	22	11,-
D	5	8,-	4	6,-	7	13,5	1	5,3	17	8,5
E	12	19,4	11	16,4	5	9,6	4	21,-	32	16,-
F	3	4,8	-	-	1	1,9	-	-	4	2,-
zus.	62	-	67	-	52	-	19	-	200	-

Diese Zusammenstellung zeigt, dass die von uns gefundenen Enuretiker-Gruppen teilweise entwicklungsbedingt sind. Dieser Punkt wird noch näher zu klären sein.

In Tabelle 6 sind die Dimensionen und Varianten des charakterologischen Gesamtbildes bei verschiedenen Gruppen zusammengefasst. Diese Befunde unterstützen unsere seitherigen Ergebnisse, zeigen aber auch die vielfachen Überschneidungen und Zusammenhänge zwischen den einzelnen Gruppen. Allen untersuchten Kindern ist eines gemeinsam: sie neigen in ihrem Verhalten dazu, belastenden Situationen in irgendeiner Form auszuweichen.

Durch ihre meist wenig belastbare und dabei angstgetönte Haltung fühlen sie sich den Anforderungen der Umgebung im tiefsten Grunde nicht gewachsen und leben deshalb in einer "Fehl"-Haltung an ihrer Situation vorbei. Dadurch wird ihre Unangepasstheit natürlich progressiv verstärkt und vertieft.

Das Einnässen selbst ist lediglich ein vielseitig bedingtes Symptom dieses Ausweichens, das aus der Situation der Kinder entsteht.

Tabelle 6

Dimensionen und Varianten des charakterologischen
Gesamtbildes bei den Gruppen A - E

Dimensionen und Varianten	Gesamtgruppe abs. %	Gruppen				
		A abs. %	B abs. %	C abs. %	D abs. %	E abs. %
<u>Entwicklung</u>						
0 - 1	29 14,5	9 15,-	5 7,7	3 13,7	5 29,5	5 11,8
2	22 11,-	7 11,7	7 10,8	1 4,6	1 5,9	6 11,8
3	93 46,5	29 48,3	29 44,6	10 45,5	9 53,-	16 51,6
4	18 9,-	5 8,3	8 12,3	2 9,1	-	1 1,5
5	36 18,-	9 15,-	15 23,1	6 27,3	2 11,8	4 11,8
6	2 1,-	1 1,7	1 1,5	-	-	-
<u>Intelligenz</u>						
1 - 1	5 2,5	- -	4 6,2	1 4,6	- -	- -
2	16 8,-	5 8,3	7 10,8	3 13,7	1 5,9	- -
3	119 59,5	43 71,7	33 50,7	16 72,8	11 64,8	12 36,9
4	52 26,-	12 20,-	18 24,7	1 4,6	5 29,5	16 51,6
5	8 4,-	- -	3 4,6	1 4,6	- -	4 11,8
6	-	- -	- -	- -	- -	- -
<u>Antrieb</u>						
2 - 1	32 16,-	15 25,-	- -	- -	9 53,-	6 11,8
2	41 20,5	13 21,7	4 6,2	9 40,9	7 41,2	6 11,8
3	10 5,-	4 6,7	- -	3 13,6	- -	3 11,8
4	22 11,-	8 13,3	4 6,2	7 31,8	1 5,9	2 11,8
5	62 31,-	18 30,-	33 50,7	3 13,6	- -	8 22,8
6	33 16,5	2 3,3	24 36,9	- -	- -	7 22,8
<u>Stimmung</u>						
3 - 1	61 30,5	17 28,3	11 16,9	11 50,1	16 94,1	6 11,8
2	6 3,-	3 5,-	1 1,5	2 9,1	- -	- -
3	57 28,5	18 30,-	21 32,3	4 18,2	- -	13 40,9
4	20 10,-	6 10,-	5 7,7	2 9,1	1 5,9	4 11,8
5	33 16,5	11 18,3	14 21,6	2 9,1	- -	5 11,8
6	23 11,5	5 8,3	13 20,-	1 4,6	- -	4 11,8
<u>Affekterregbarkeit</u>						
4 - 1	9 4,5	- -	- -	- -	1 5,9	8 22,8
2	23 11,5	8 13,3	5 7,7	2 9,1	3 17,7	4 11,8
3	18 9,-	10 16,7	4 6,2	- -	1 5,9	1 1,5
4	48 24,-	11 18,3	19 29,2	5 22,8	1 5,9	9 22,8
5	102 51,-	31 51,6	37 57,-	15 68,2	11 64,8	8 22,8

Dimensionen und Varianten	Gesamt- gruppe abs. %	Gruppe									
		A		B		C		D		E	
		abs. %		abs. %		abs. %		abs. %		abs. %	
<u>it</u>											
1	66 33,-	19	31,7	19	29,2	12	54,6	9	53,-	5	15,6
2	74 37,-	27	45,-	24	36,9	3	13,7	3	17,7	15	46,9
3	44 22,-	13	21,7	14	21,6	7	31,8	5	29,5	5	15,6
4	15 7,5	1	1,7	7	10,8	-	-	-	-	7	21,9
5	1 -,-5	-	-	1	1,5	-	-	-	-	-	-
<u>schwingen</u>											
1	20 10,-	2	3,3	3	4,6	1	4,6	3	17,7	11	34,4
2	71 35,5	24	40,-	17	26,2	9	40,9	9	53,-	10	31,2
3	43 21,5	14	23,3	18	27,8	1	4,6	3	17,7	7	21,9
4	20 10,-	7	11,7	3	4,6	9	40,9	1	5,9	-	-
5	43 21,5	13	21,7	22	33,8	2	9,1	1	5,9	3	9,4
6	3 1,5	-	-	2	3,-	-	-	-	-	1	3,1
<u>epasst-</u>											
<u>t</u>											
1	84 42,-	23	38,3	39	60,-	1	4,6	-	-	20	62,6
2	68 34,-	22	36,6	8	12,3	13	59,-	16	94,1	7	21,9
3	24 12,-	9	15,-	6	9,2	6	27,3	-	-	2	6,3
4	20 10,-	6	10,-	9	13,8	1	4,6	1	5,9	3	9,4
5	4 2,-	-	-	3	4,6	1	4,6	-	-	-	-
<u>bilität</u>											
1	61 30,5	22	36,6	21	32,3	1	4,6	-	-	17	53,1
2	99 49,5	29	48,3	23	35,4	18	81,7	17	100,-	10	31,2
3	9 4,5	3	5,-	5	7,7	1	4,6	-	-	-	-
4	10 5,-	2	3,3	6	9,2	-	-	-	-	1	3,1
5	17 8,5	2	3,3	9	13,8	2	9,1	-	-	3	9,4
6	4 2,-	2	3,3	1	1,5	-	-	-	-	1	3,1
<u>uerung</u>											
1	41 20,5	9	15,-	20	30,8	1	4,6	-	-	11	34,4
2	116 58,-	41	68,4	35	53,8	14	63,7	10	58,9	14	43,8
3	13 6,5	4	6,7	1	1,5	6	27,3	1	5,9	1	3,1
4	5 2,5	1	1,7	2	3,-	-	-	-	-	2	6,3
5	2 1,-	-	-	1	1,5	-	-	-	-	1	3,1
6	23 11,5	5	8,3	6	9,2	1	4,6	6	35,3	3	9,4

Das Urinieren vermittelt nach psychoanalytischer Ansicht einen Lustgewinn mit sexueller Färbung. Beim Enuretiker wird die normale Harntriebhafteigkeit des Kleinkindes beibehalten (CHRISTOPHEL 1944). Man kann die Störung also als eine Fehlentwicklung des Triblebens bezeichnen, bei der sich der Geschlechtsapparat des Harnapparates als Vormund bedient (FREUD 1904).

Diese Ansicht wird auch durch den zahlenmässig bedeutenden Zusammenhang der Enuresis mit der Onanie nahegelegt, den wir bei unseren Untersuchungen auch finden konnten. Es handelt sich u.E. bei der Enuresis aber nicht um eine primär sexuelle Ersatzhandlung: die entstandene Fehlhaltung äussert sich nur in manchen Fällen neben dem Einnässen auch in einer sexuellen Fehlhaltung, da sie im Grunde die ganze Persönlichkeit umfasst. Die unruhige Gespanntheit des Enuretikers, die sich durch das unwillkürliche Harnlassen in einem Dämmerzustand (nicht im Tiefschlaf!) entlädt, kann natürlich schon durch die anatomisch-physiologische Nähe des Geschlechtsapparates und seiner Innervationszentren unter starkem Affektdruck auf diesen überspringen (KRETSCHMER 1949, 1956, LEMPP 1956), vor allen beim Jungen.

In diesem Fall ist aber die Geschlechtserregung ein sekundärer Zug, auch dort, wo sie an eine Säuglingsonanie anknüpft oder sich zu einer fixierten Gewohnheit der Lustgewinnung einschleift. Die eigentliche Triebstörung liegt im Grunde auf einem anderen Gebiet: es ist die angstvolle und unruhige Gespanntheit bei Forderungssituationen, die sich durch die Übererregbarkeit hier, aber nicht nur hier, Abfuhr verschafft. Es handelt sich mit anderen Worten also um eine Störung im Bereich der Willkür-, Leistungs- und Hingabethematik (KEMPER 1949), um eine soziale Störung.

Es ist deshalb verständlich, dass wir - ähnlich wie KEMPER - Gruppen polarer Strukturen fanden, die sich natürlich bei analytischem Vorgehen sehr leicht auf Störungen in der oralen Phase zurückführen lassen: einmal den anspruchsvollen Enuretiker, der durch nichts befriedigt und gesättigt werden kann und andererseits das oral gehemmte Kind, das sich schüchtern zurückzieht und dadurch überall zu kurz kommt. Das Anspruchsniveau ist aber im Grunde bei beiden Gruppen sehr hoch.

Es wird deutlich, dass bei den Enuretikern nicht nur der rezeptiv-sensorische, sondern auch der effektiv-motorische Pol der Persönlichkeit belastet und gestört ist. Die Kinder sind nicht nur übererregbar, empfindlich und störbar, sie entladen diese Erregung auch diffus und ungesteuert (vorwiegend über die Körpermotorik). Dies führt es dabei zu enthemmten und ungebremsen Explosionen, zu einem kultlosen Überströmen oder zur verklemmten unterschwelligen Dauererregung kommt, ist im einzelnen von zweitrangiger Bedeutung.

Der eigentliche Störungsherd liegt aber allem nach weder im sensorischen noch im motorischen Bereich, sondern in der personalen Mitte, in der Gefühlsregungen und Strebungen ineinander verwoben stehen. (VETTER 1960 b).

Der Gefühlsgrund unserer Kinder ist unruhig. Es fehlt ihnen die innere Sicherheit und Stabilität, wie sie durch ein Leben in harmonisch bergender Umgebung vermittelt. Das äussert sich dann in unruhig-unausgeglichene Schwanken der diffus angesteuerten Antriebsregungen. Trotz der gemüthhaften Ansprechbarkeit und Bindungsfähigkeit wirken die emotionalen Regungen etwas flach, wenig haltend und beständig. Auch die Gewissensregungen sind durch die Retardierung nur angedeutet und nicht sehr tiefgreifend. Trotz einer gewissen Aufnahmefähigkeit für Gewissensregungen fehlt das Nachschwingen fast völlig (SCHOLL 1956). Das ist aber u.E. nicht vorwiegend auf einen anlagebedingten Mangel an Tiefe des Erlebens zurückzuführen, sondern in erster Linie auf die affektiv-emotionale Retardierung der Kinder.

Immer wieder stösst man aber auch auf Enuretiker, die einen stumpfen und antriebslahmen Eindruck machen. Selbstverständlich gibt es darunter Kinder, die wirklich stumpf und indolent reagieren, die sich "in ihrem Dreck wohlfühlen", die gemüthhaft nicht ansprechbar scheinen und durch ihre Dickfelligkeit erzieherisch schwer beeinflussbar sind. Es ist aber immer eine genaue Untersuchung notwendig, da es sich zum Teil auch um verwahrloste und vernachlässigte Kinder handelt, bei denen die Empfindsamkeit und Aufgeschlossenheit nur verschüttet ist.

Der 13;0 jährige Eberhardt fällt durch seine gleichgültige, schlampige Haltung auf. Er hat kein Interesse an der Schule und will sich auch nicht gern anstrengen. Im Kontakt wirkt er verschlossen.

Bei der Untersuchung stellte sich heraus, dass der weiche Junge gerade massiv in der puberalen Entwicklungskrise stand. Er schloss sich nach aussen ab und überdeckte seine innere Weichheit und Sensibilität durch ein demonstrativ grobes Verhalten. Hinter seiner Verschlossenheit und geringen Ansprechbarkeit stand eine verträumte Haltung. Sie war in egozentrischer Weise gekennzeichnet durch ein starkes Bedürfnis nach Geborgenheit und zärtlicher Zuwendung.

Auch die lahmen und stumpfen Kinder sind gefühlsmässig sehr weiche und in der Stimmung unausgewogen. Wenn sie gereizt werden, steigen sie sich fast noch trotziger und derber in eine mürrische und bockige Haltung hinein, reagieren sich in affektiven Durchbrüchen ab, die manchmal geradezu explosiv wirken. Es ist verständlich, dass die Kinder bei einer verwahrlosten und vernachlässigenden Erziehung primitivere Verhaltensmuster entwickeln.

Die Enuretiker sind in ihrem Erleben und Verhalten stark von ihren Stimmungen abhängig, ohne ihnen festigend und steuernd entgegenzutreten zu können. Durch die an sich normale kindliche Labilität und erhöhte Integration des leib-seelischen Geschehens werden auch die körperlichen Funktionsabläufe noch stärker von den Gestimmtheiten und Stimmungen getragen als beim normalen Erwachsenen.

Die Grundstimmung ist beim Enuretiker vorwiegend gespannt oder gedrückt (was allerdings oft schon eine resignierende Reaktion sein kann). Es kommt nicht zu einem freien harmonischen Ausschwingen, sondern öfters zu einem launischen, fliessenden Stimmungsumschwung, zu starken Schwankungen in der Gestimmtheit. Schon geringe Beeinträchtigungen werden zu schweren Konflikten verbreitert: die Reaktion ist dann entweder trotzig-aggressiv oder resignierend-depressiv. Die Gestimmtheit trägt und durchdringt aber nicht nur das Antriebsgeschehen, die ganze Haltung der Kinder ist in sie eingebettet und durch sie bestimmt. Das gilt auch vom sozialen Kontakt und nicht zuletzt von der Leistung (METZGER 1958).

diese Schilderung passt das umtriebig-grobe Verhalten mancher Enuretiker nicht ganz. Wir fanden immer wieder Kinder, die sich ausgelassen und lustig geben. Gerade bei diesen Kindern kann es aber schon bei einem vorsichtigen Gespräch einen deutlichen Stimmungsumschlag miterleben, der sich ganz plötzlich vollzieht und hinter der lustigen Aussenseite eine ganz andere Stimmungsgegend enthüllt. Nach dem Gespräch sind die Kinder aber schnell wieder fröhlich und wirken fast unberührt. Ihre Lustigkeit ist im Grunde nicht sehr tief und überdeckt als dünner Firnis eine entgegengesetzte Grundstimmung.

Diese Grundstimmung (LERSCH 1956) trägt das Erleben und Verhalten der Kinder, durchdringt jede seelische Regung und verleiht ihr Form und Farbe. Sie steht im besonders innigen Zusammenhang mit dem ganzen endothymenten Geschehen, vor allem die Strebungen und Triebregungen sind in sie eingebettet. Sie ist andererseits aber auch wieder eingelagert in die Atmosphäre der Umgebung. Die Kinder haben gerade für die Art dieser Atmosphäre ein ausserordentlich feines Gespür und reagieren bereits auf geringfügige Veränderungen sehr lebhaft. Hier finden wir eine unterschwellige Verbundenheit der Persönlichkeit mit den Gegebenheiten ihrer Umwelt, eine Verbundenheit, die gerade für die innere Sicherheit und Geborgenheit des Kindes von ausschlaggebender Bedeutung ist.

Bei der Besprechung der aggressiven Tendenzen konnte festgestellt werden, dass sich hinter der Haltung sämtlicher Enuretiker eine angstvolle Unruhe verbirgt. Die Kinder leben sehr häufig unter einem angstvollen Druck, der teilweise durch verschiedene Faktoren des Milieus begründet wird. Dieser Punkt ist es auch, der die Stimmung der Enuretiker herabdrückt, der sie so reizbar und erregbar erscheinen lässt und ihrem Verhalten das ruhig-verspannte und schwankende Gepräge gibt. Die Art der Störung ist natürlich in jedem Fall anders gelagert, lediglich die Form und der Ausdruck zeigen gewisse Ähnlichkeiten. Gerade das Verhalten der Kinder stellt sehr deutlich eine Reaktion auf diese unterschwellig erlebte Angst dar: unruhige Getriebenheit und Ungezügelterheit auf der einen Seite, angstvolle Ver-

klemmtheit und Verspanntheit auf der anderen Seite. Die psychasische Konstitution bildet dabei eine ermöglichende Bedingung dieser Angst, die in der Form ihres Auftretens durch die charakterliche Retardierung der Kinder mitbedingt wird. Es handelt sich um eine frei flottierende Angst, die ganzheitlich auf das Kind einwirkt und nicht nur begrenzt ist auf bestimmte Persönlichkeitsbereiche (LOOSLI-USTERI 1948). Sie bringt mit anderen Worten das endothyme Geschehen aus dem Gleichgewicht und löst dadurch bestimmte (meist stereotype und primitive) Verhaltensweisen aus.

Die Angst ist nur indirekt aus der Situation der Kinder in ihrer Umwelt zu verstehen. Sie hat nämlich nichts mit einer realen Gefahr zu tun, sondern entsteht durch einen Konflikt innerhalb der Persönlichkeit.

Zwei Grundbedürfnisse kommen in Konflikt (und zwar ganz massiv bereits bei der Reinlichkeitserziehung): das Kind will einerseits nichts hergeben, will (oder kann) sich den Forderungen der Erzieher nicht anpassen und will andererseits die liebevolle Zuwendung der Erzieher nicht verlieren. Wenn dieser Konflikt nicht durch eine verständige und natürliche Haltung der Mutter aufgelöst wird, entsteht aus der Kollision der zwei Tendenzen Angst (HOFSTÄTTER 1948).

Physiologisch gesehen, kann man mit HOFSTÄTTER (1954, S.264 f.) folgenden Standpunkt vertreten: "Sowohl Darm- als Blasentraining stellen eine Forcierung des Sympathicuseinflusses auf die Ausscheidungsfunktionen dar. Dem verschobenen autonomen Gleichgewicht entsprechen Angsterlebnisse.".... Zur Bewältigung dieser Angsterlebnisse „dient eine Verstärkung der parasympathischen Komponente, die im Daumenlutschen und in der Masturbation erfolgt. Diese parasympathische Reaktion kann sich auch als Einnässen zeigen.

Man kann dieser Angst in zwei verschiedenen Haltungen begegnen, durch "Trotz und Verzicht, Aktivierung und Passivierung, Kampf und Verzicht" (HOFSTÄTTER 1948, S.89). Durch beide Entscheidungen wird der Konflikt (und damit auch die Angst) zwar momentan gelöst, bleibt aber latent weiterhin vorhanden.

Die angstvolle Unruhe wirkt deshalb in ihren Folgen auf sämtliche Lebensäußerungen der Kinder ein.

Der 11-jährige Dieter hat früher viel eingekotet und nässt heute noch stark ein. Er stammt aus einer geschiedenen Ehe und war in den ersten 7 Lebensjahren in 8 verschiedenen Heimen untergebracht. Zuhause macht er jetzt durch sein bockiges, unfolgsames und jähzorniges Verhalten Schwierigkeiten.

Bei der Untersuchung zeigte sich der Junge als eigenwilliger Einzelgänger. Sein Verhalten wird durch eine ständige nervöse Unruhe bestimmt, die aber durch das trotzig-freche Verhalten überlagert ist. Die Aggressivität ist lediglich ein Schutz gegen die innere Unsicherheit und Angst. Im Grunde lebt der Junge aus einer weichen und hilflosen Haltung heraus - reagiert aber leidenschaftlich und affektgetrieben. Ein dramatisch-gespanntes Gefühlsleben mit aggressiven, depressiven und weich anlehnungsbedürftigen Zügen. Der Junge fühlt sich zuhause preisgegeben; er hat Sehnsucht nach Wärme, Satttheit und Geborgenheit.

Die Angst zeigt sich vor allem in den Störungen im sozialen Kontakt, die uns im Grunde die Störungen des Gefühlsbereichs auf anderer Ebene widerspiegeln. Es fällt bei der Untersuchung auf, dass die Kinder fast nie richtige Freunde haben, dass sie im allgemeinen nicht richtig und altersentsprechend in die Gemeinschaft eingeordnet sind. Entweder passen sie sich durch ihren Trotz und ihre Umtriebigkeit nicht an, machen disziplinäre Schwierigkeiten und greifen ständig über ihre Grenzen hinaus. Im anderen Fall sind sie übermäßig angepasst und depressiviert, wirken scheu und verklemmt, gehen nicht recht aus sich heraus. Neben dem frechen und unangepassten Tyrannen finden wir also den verdruckten und eingeschüchterten Streber, der sich ängstlich und unsicher zurückhält, sowie den unsicheren Versager, der sich nicht aus sich heraustraut und den anderen gar nicht spontan entgegentreten kann.

Wir konnten schon bei der Besprechung der Begleitsymptomatik auf diese beiden Typen hinweisen. Dabei war der Ängstliche nicht auch motorisch unruhig, kontaktgehemmt und zeigte wenig Initiative, der Freche war oft noch faul und unlustig, neigte zum Lügen und Schulschwänzen.

Ob es sich um eine Flucht nach innen handelt oder um die aggressiv-rücksichtslose Wendung nach aussen - immer geht das Kind an der echten Auseinandersetzung vorbei. Es findet kein harmonisches Verhältnis zwischen dem Ich und der Welt, sondern gleitet auf eine unreife und unangepasste Stufe ab.

Durch die geschilderte soziale Unreife werden die Kinder häufig von ihren Altersgenossen abgelehnt. Dazu kommt erschwerend das soziale Stigma des Symptoms: die Kinder werden von Schulkameraden und Strassengenossen gern verspottet und verlacht, sie werden oft auch von den Erwachsenen herabgesetzt und in beleidigender Weise öffentlich blossgestellt. Dadurch treibt man die Kinder vielfach in eine misstrauische Isolationshaltung hinein, aus der heraus sie je nach ihrer Wesensart wiederum verschieden reagieren können: die einen protestieren empört und trotzig, schieben die Schuld aggressiv auf andere oder auf die äusseren Umstände, die anderen resignieren und ziehen sich immer mehr in sich selbst zurück. Da die äussere Bloßstellung und der damit oft verbundene Appell an das Ehrgefühl der Sache keineswegs weiterhilft, sondern sie wachsend verschlimmert, geraten die Kinder wiederum in einen Circulus vitiosus und werden allmählich immer stärker in eine Aussenseiterposition gedrängt.

Bei der Besprechung des sozialen Verhaltens darf auch die Bedeutung der Verwahrlosung nicht übersehen werden. Enuresis kann in vielen Fällen als Frühsymptom einer Verwahrlosung verstanden werden (OPITZ 1959). Wir haben bereits an früherer Stelle hervorgehoben, welche Bedeutung die Reinlichkeitserziehung im ganzen für die Erziehung zur Ordnung hat.

Der 6-jährige Karl ist ein sehr nervöser Junge, der nicht nur einnässt, sondern auch ständig seine Nägel abkaut. Bei der Untersuchung zeigt er sich als ein scheues, stilles, ängstliches und unsicheres Kind, das sich in seiner weichen und unselbständigen Art nicht viel zutraut. Er ist sehr liebebedürftig und anschiemig. Er wird in einem körperlich schmutzigen und verwahrlosten Zustand zur Untersuchung gebracht. Seine Eltern leben in einer ärmlich eingerichteten, wenig gepflegten und möblierten Baracke, in der nicht jedes der 5 Kinder

einen Platz am Esstisch hat. Sie schlafen zu zweit oder zu dritt in einem Bett. Die Mutter ist eine primitive phlegmatische Frau, die zwar an ihren Kindern hängt, sich aber in ihrer bequemen und geschwätzigen Art nicht viel um Ordnung und Sauberkeit kümmert. Sie wirkt selber schmutzig, unordentlich, es geht immer ein muffiger Geruch von ihr aus. Der Vater ist ein ruhiger Mann. Er geht aber nicht regelmässig seiner Arbeit nach und vertrinkt häufig einen Teil seines Lohnes.

Im dem Kontaktbereich ist vor allem auch der Leistungssektor den Enuretikern häufig gestört. In der Reinlichkeitserziehung ist die erste produktive Leistung des Kindes als Pflicht durch die Erwachsenen gefordert. Erfolg oder Misserfolg kann die weitere Entwicklung in diesem Bereich prägen.

Unter den Enuretikern fanden wir häufig Kinder, die sich entweder schüchtern-lahm geben oder in einem übertriebenen Mass ehrgeizig leistungsbereit sind. Dieser Leistungswille wirkt allerdings sachlich unecht und verklemmt (Strebertyp) (KEMPER 1949).

Wir stellten weiterhin fest, dass die Begabung der Enuretiker in engem ursächlichen Zusammenhang mit der Fehlentwicklung steht, die auch Form, Verlauf und Differenziertheit durch sie mitbestimmt ist. Eine wesentlich grössere Bedeutung für die Fehlentwicklung hat auch für die Arbeitshaltung der Kinder die charakterliche Verdünnung mit all ihren Folgeerscheinungen. Die umtriebigen und ungepassten Enuretiker sind oft faul und wenig leistungswillig. Unter den Enuretikern ist der Leistungswille der Ehrgeizigen im allgemeinen nur schwach-dauernd und schwankend. Die Kinder sind zum grossen Teil noch leicht verspielt und können teilweise ganz im Spiel aufgehen. Die wesentlichen Steuerungsimpulse sind also wenig sachlich ausgerichtet und oft recht unbeständig, es fehlt am langdurchhaltenden Willen und an Selbständigkeit. Die Kinder zeigen deshalb geringe Ausdauer, schweifen leicht ab, lassen sich durch jeden neuen Reiz von einem neuen Impuls ablenken. Ihr Verhalten macht dadurch einen flatterhaften, unbeständigen und unruhig-fahrigen Eindruck. Durch die ständige Unruhe sind sie unkonzentriert, oft flüchtig und nachlässig in Kleinigkeiten.

Die Diskrepanz zwischen Geltungsbedürfnis und verklemmten Leistungswille einerseits und ausweichendem Verhalten andererseits kann bei manchen Kindern zu einer ambivalenten Konflikthaltung führen.

Vergleich der Enuresis mit anderen Störungen: der Zusammenhang der Enuresis mit dem nächtlichen Aufschrecken (Pavor nocturnus) und dem Einkoten (Enkopresis) liegt von den Symptomen her sehr nahe. Daneben finden wir auch deutliche Zusammenhänge mit dem Lügen und dem Stehlen. Als Gegensymptom der Enuresis betrachten wir das Stottern.

Enuretiker und Enkopretiker zeigen recht verwandte Charakterzüge: beide sind gefühlsweich, sind affektiv leicht erregbar und stecken innerlich voll Spannungen, die vorwiegend über die Körpermotorik entladen werden. Die Enkopretiker sind aber im allgemeinen vital viel durchsetzungsfähiger, zeigen mehr Schwung und Temperament. Die Enkopresis stellt nämlich grossenteils eine Trotzhandlung dar, in der die gestaute Wut des Kindes massiv entladen wird. Die Aggression wird also nicht verklemmt, sondern ausweichend entladen - unterschwellig und nicht in ursprünglicher Richtung.

Auch die Pavor-Kinder (WENDT 1952) sind sehr gemütvoll und weich. Sie können in ihrer empfindsamen und selbstunsicheren Art Erregungen nur schwer ableiten. Im Vordergrund des Symptombildes steht dadurch die erhebliche motorische Unruhe. Auch bei dieser Störung spielt die charakterliche Retardierung eine grundlegende Rolle. Die innerpsychischen Spannungen werden wie bei der Enuresis mit in den Schlaf hinübergenommen, der dadurch zu keiner gesunden Entspannung führt.

Auf die Zusammenhänge der Enuresis mit dem Lügen und Stehlen wurde bereits bei der Besprechung der Reinlichkeitserziehung eingegangen. Die Kinder sind in Hinsicht auf die Besitz- und Hingabethematik nicht voll entfaltet und eingeordnet, sie weichen aus und passen sich den Forderungen der Umgebung nicht an.

Unter unseren 200 Enuretikern fanden sich nur 13 Stotterer, das sind 6,5 %. Es handelte sich dabei ausschliesslich um Jungen. FLOSDORF (1960) berichtet auf Grund seiner Untersu-

hungen an Stotterern, dass sie fast alle sehr früh sauber geworden seien. In seinem Material fanden sich nur 12 % Bettnässer.

Als charakterologische Verhaltensdominante nennt er die "gefügige Bravheit" der Kinder. Nach unseren eigenen Erfahrungen sind auch die Stotterer in hohem Masse übererregbar und störrisch. Sie schwingen im Kontakt teilweise nur sehr zögernd mit. Die inneren Antriebe werden aber im Gegensatz zu den Enuretikern eher verspannt und verkrampft, brechen also nicht durch. LOSDORF weist darauf hin, dass bei stotternden Enuretikern immer ein schwerer Milieuschaden vorliege oder aber ein deutlicher Hospitalismus.

Enuresis permanens und Enuresis acquisita: KEMPER (1949) weist in seiner Studie auch auf die Unterschiede dieser beiden Gruppen hin. Er führt aus, dass Kinder die noch nie sauber waren, noch gar nie zu einem "Vertrag" mit der Mutter gekommen seien, während die "Rückfälligen" den bereits geschlossenen "Vertrag" aus bestimmten Anlässen wieder gebrochen hätten.

Unsere eigenen Beobachtungen zeigten, dass kein grundsätzlicher struktureller Unterschied zwischen den beiden Gruppen besteht: Auch bei der Enuresis acquisita ist von vornherein durch disponierende Faktoren und die erzieherische Prägung in der Säuglings- und Kleinkindzeit eine latente Enuretiker-Struktur aufgebaut worden, die zur Manifestierung nur noch eines auslösenden Anlasses bedarf. Es ist aber so, worauf auch KEMPER wieder hinweist, dass sich die besonders schweren Fälle vorwiegend unter den Dauernässern finden und dass bei dieser Gruppe auch die Begleitsymptomatik sozial auffälliger hervortritt. Wir finden gerade hier den Enuretiker, der aus einer starren aktiven oder passiven Protesthaltung herauslebt und dadurch (offen oder verklemmt) eine aggressive Haltung zeigt.

Bei der Enuresis acquisita finden wir dagegen zahlreiche Kinder, bei denen mehr die gefühlsweiche, sensible und störrische Wesensart im Vordergrund steht. Das darf natürlich nur als akzentuierende Beschreibung aufgefasst werden, da sich durch die Vielgestaltigkeit der Persönlichkeitshaltungen und der Umweltver-

hältnisse, auf die sie bezogen sind, bei beiden Gruppen gegensätzliche Typen aufzeigen lassen.

Bett- und Hosennässer: Das Bettnässen erfolgt im Schlaf, aber nicht im Tiefschlaf, sondern in einem meist unruhigen Dämmerzustand (CHRISTOFFEL 1944), in dem die Harnentleerung unbemerkt und unwillkürlich ausgelöst wird, da das Kind den Weckreiz der vollen Blase offenbar nicht spürt.

Bei unseren seitherigen Ausführungen standen die Bettnässer im Vordergrund, da sie in unserer Untersuchungsgruppe am häufigsten vorkommen.

Bei den Hosennässern (Enuresis diurna) liegt die Situation etwas anders. Sie nassen bei Tag ein, werden dabei nach ihren eigenen Aussagen (wir verfügen leider nur in einem Fall über direkte Beobachtung) von einem plötzlichen Harndrang überfallen, so dass sie den Urin nicht mehr zurückhalten können. Auch DÜHRSSSEN (1954) stellt daher bei dieser Störung den häufig und heftig auftretenden Urindrang in den Vordergrund, der willkürlich nicht mehr beherrscht werden kann. DÜHRSSSEN findet die Enuresis diurna häufiger bei Mädchen als bei Jungen und glaubt sie durch eine Tendenz zur "urethralen oder phallischen Aggression" (a.a.O., S. 300) erklären zu können. Wenn also bei der E. nocturna mehr die Tendenz zur passiven Hingabe im Vordergrund steht, so bei der E. diurna mehr die impulsiv-aktive Aktivität der Kinder.

Wir konnten diese Befunde durch unsere Untersuchungen nur zum Teil bestätigen. Unter den 15 Kindern in unserer Untersuchungsgruppe, die nur tagsüber einnässten, befanden sich 3 Mädchen und 12 Jungen. Die meisten Kinder, nämlich 12 Fälle, waren zwischen 6 und 9 Jahren alt. Ihre Wesensart wird durch die Zuordnung zu den von uns untersuchten Gruppen deutlich:

	A	B	C	D	E	Zus.
Jungen	5	5	-	1	1	12
Mädchen	1	1	-	-	1	3
	6	6	-	1	2	15

Die Kinder sind psychisch meist erheblich retardiert und neigen durch zu kleinkindhaften Verhaltens- und Reaktionsweisen. Sie sind vor allem noch sehr verspielt und können sich oft nicht recht im Spiel lösen. Im Vordergrund des Verhaltens steht ihre antriebs-
bhafte, unruhige und umtriebige Art; sie neigen zu triebhaft
erkennenden Affektreaktionen, zumal es ihnen an Steuerungs- und
tentionsfähigkeit fehlt. Bei 9 von 15 Hosennässern sind Verwahr-
sungserscheinungen deutlich.

Grundlegend ist auch bei diesen Kindern, die unter E. diurna lei-
den, wieder eine latente Enuretikerstruktur, auf deren Boden ein
tuelles Einnässen sich erst manifestiert. Auch sie sind im Ver-
halten durch eine gespannte Unruhe gekennzeichnet. Die Erregungs-
sung wird oft erst nach dem Einnässen bemerkt, wird also vermut-
lich unterschwellig ausgelöst und kann dadurch nicht bewusst und
willkürlich beherrscht werden.

Nach unseren Beobachtungen unterscheiden sich also Bett- und
sennässer in ihrer charakterologischen Struktur nicht grundsätz-
lich. Es treten lediglich bestimmte Faktoren anders akzentuiert
in den Vordergrund. Wir glauben nicht, dass es sich bei der Enure-
s diurna um eine primär sexuelle Fehlhaltung handelt.

In diesem Zusammenhang soll nur kurz auf das sporadische Einnäs-
sen hingewiesen werden, das nach Ansicht verschiedener Forscher
durch die Erschütterung des Körpers beim heftigen Lachen etc.
hervorgerufen wird. Derartige Erscheinungen sind in Einzelfällen
durchaus denkbar, spielen aber bei Dauernässern keine entschei-
dende Rolle.

4) Der Entwicklungsgang der Enuretiker:

Durch das zugrunde liegende Material sind wir bei unserer Untersuchung gezwungen, zunächst einmal vom psychologisch-charakterologischen Querschnittsbild auszugehen, wie wir es in der psychologischen Untersuchung der Kinder erarbeiten konnten. In jedem Fall wurde dabei eine ausführliche Anamnese erhoben, in fast allen Fällen durch Befragen der Eltern. Bei den meisten Kindern konnten diese Unterlagen durch Berichte dritter Personen (Fürsorger, Lehrer, Erzieher, Kindergärtnerinnen etc.) ergänzt werden. Auf die Problematik dieses Ausgangsmaterials wurde bereits hingewiesen. Wir lernten über auf alle Fälle die wichtigsten Daten des individuellen Entwicklungsganges kennen.

Bei der weiteren Untersuchung bieten sich uns zwei Wege an: der Vergleich verschiedener Altersstufen innerhalb der Gesamtgruppe der untersuchten Enuretiker einerseits und die Analyse des individuellen Lebensganges bei den einzelnen Enuretikern andererseits. Wir werden in der folgenden Darstellung beide Wege beschreiten, um zu einer möglichst genauen und umfassenden Kenntnis des Entwicklungsverlaufes zu kommen.

Die von uns untersuchte Gruppe von Enuretikern umfasst Kinder und Jugendliche im Alter von 4 - 19 Jahren. Erwachsene Enuretiker wurden nicht untersucht. Vom Alter der Untersuchten aus können kaum Schlussfolgerungen in Bezug auf die Fehlhaltung gezogen werden, da es im Grunde jeweils nur das Untersuchungsdatum angibt. Immerhin ist es auffallend, dass eine gewisse Übereinstimmung zwischen den häufig von der Störung befallenen Altersgruppen und den Erregungsphasen der Entwicklung (BUSEMANN 1953) besteht, wenn man der Untersuchung grössere Zahlen zugrunde legt. Es zeigen sich also Höhepunkte bei bestimmten Altersgruppen, wobei die bei den Geschlechtern ein wenig gegeneinander verschoben sind. Solche Höhepunkte finden wir vor allem

bei den Jungen	zwischen dem 6. und 10. Lebensjahr
	zwischen dem 12. und 13. Lebensjahr
bei den Mädchen	zwischen dem 9. und 11. Lebensjahr
	zwischen dem 14. und 15. Lebensjahr.

Die genaue Altersverteilung kann aus Tabelle 1 entnommen werden. Bei der Gruppe der 15- bis 19-Jährigen überwiegen die Mädchen. CHWIDDER (1956) stellte bei seinen Untersuchungen eine deutliche Häufung der psychogenen Symptomatik zwischen dem 6. und dem 10./11. Lebensjahr fest. Er fand aber keine gesicherten statistischen Zusammenhänge zwischen Symptom- und Behandlungsbeginn und weist deshalb darauf hin, dass zum Verständnis der inneren Zusammenhänge von der psychodynamischen Interpretation des Einzelfalles ausgegangen werden muss.

3 % der von uns untersuchten Kinder waren nie sauber. Die Entwicklungsbedingungen der Enuresis müssen also im frühesten Entwicklungsalter liegen, vor Abschluss des 4. Lebensjahres. Eine hervorragende Bedeutung kommt hier der Zeit der Reinlichkeitserziehung zu, in der zum ersten Mal massive Leistungsforderungen an das Kind herangetragen werden. Auf die verschiedenen Aspekte der Reinlichkeitserziehung wurde im theoretischen Teil der vorliegenden Arbeit bereits hingewiesen.

Der 10;8-jährige Theo fiel schon als Säugling durch seinen unruhigen Schlaf auf. Er litt später noch jahrelang an Einschlafstörungen.

Die Mutter begann bereits im 4. Monat mit der Reinlichkeitserziehung und erreichte durch eine strenge Dressur, dass das Kind am Ende des 1. Lebensjahres sauber und trocken war.

Heute ist Theo ein nervöser, unkonzentrierter und ängstlicher Junge, der bei jeder Umstellung (Umgebungswechsel, Änderungen in der Schule, in der Haltung der Mutter etc.) längere Zeit einnässt.

Nach bei den 27 % unserer Untersuchungsgruppe, die nach einer mehr oder weniger langen Zeit der Sauberkeit erneut wieder einnässen, dürfte der Hintergrund der Störung (eine Art latenter Enuretikerstruktur) bereits im Kleinkindalter geschaffen worden sein. Das Symptom trat dann in späteren Belastungssituationen erneut auf.

Die 15-jährige Anni wurde gleich nach der Geburt adoptiert. Die Adoptiveltern gaben sich in der Erziehung des Kindes viel Mühe, waren sogar ziemlich streng.

Anni war mit 3 1/2 Jahren einigermaßen sauber und nässte bis zur Einschulung nur noch ab und zu nachts ein. Mit etwa 14 Jahren setzte die Enuresis aber wieder massiv ein. Nachdem Spannungen mit der Adoptiv-

mutter aufgetreten waren, hatte man Anni in psychagogische Betreuung gegeben. Dort war sie über ihre Abstammung aufgeklärt worden. Das selbstunsichere Mädchen flüchtete noch stärker in eine Abwehrhaltung und begann massiv einzunässen.

Wir stellen fest, dass das Einnässen besonders häufig zwischen dem 6. und 10. Lebensjahr auftritt, in einer Zeit also, in der das Kind durch die Schule immer stärker in das Leben der Erwachsenen hineinwächst und (besonders zu Beginn bei charakterlich retardierten Kindern) vielfältigen neuen Anforderungen gegenüber gestellt wird. Das Kind soll aus seiner verspielten Haltung herauswachsen, soll sachliche Aufgaben übernehmen und etwas leisten, soll sich in die Gemeinschaft der Klasse einordnen etc. Das schafft unter Umständen einen erheblichen Druck, den nicht jedes Kind gleichermassen leicht verarbeitet.

Andere Belastungssituationen, die die Welt des Kindes und seine eigene Rolle erheblich verändern, lassen sich zeitlich gar nicht mehr einordnen: sehr häufig beginnen ^{sie}erneut oder verstärkt einzunässen, wenn ein kleines Geschwisterchen geboren wird. Auch die Trennung von den Eltern, das Herausnehmen aus der häuslichen Geborgenheit (Heimunterbringung, Erholungsverschickung etc.) kann manchmal zum Einsetzen einer Enuresis führen. Es wird an diesen Beispielen schon deutlich, dass es sich bei den Belastungen und den bedrückenden Erlebnissen nicht um einheitliche Situationen handelt. Man wird oft nur allgemein von Belastungen ("Stress") sprechen können.

Die Entwicklung der Enuretiker wird also durch ihr persönliches Schicksal überlagert und verändert.

Bis jetzt war eigentlich nur die Rede von der Entstehung und Entwicklung des Symptoms, aber nicht der Persönlichkeit oder der Fehlhaltung. Der Untersuchung dieses Punktes müssen wir uns im folgenden zuwenden.

Beim Vergleich der Enuretiker-Gruppen stellen wir fest, dass sie nicht in allen Altersstufen gleich häufig vorkommen (vgl. Tabelle auf S. 108). Sie treten in folgenden Rangreihen auf:

4	-	8	:	B	-	A	-	E	-	(D)	-	(F)	-	(C)
8	-	11	:	A	-	B	-	E	-	(C)	-	(D)	-	-
11	-	15	:	A	-	B	-	C	-	D	-	(E)	-	(F)
15	-	19	:	A	-	B	-	E	-	C	-	(D)	-	-

ese Gruppen von Enuretikern dürften also zum Teil entwicklungsdingt sein. Das gilt vor allem von A, B und C. Ursprünglich geht B ganz im Vordergrund. Erst bei den 8 - 11-Jährigen tritt stärker hervor. C ist bei den 4 - 8-Jährigen nur durch zwei Kinder vertreten; auch diese Gruppe wird bei den höheren Altersstufen stärker besetzt und erreicht ihren Höhepunkt in der Pubertät.

Die Gruppen D und E scheinen nicht im gleichen Grad entwicklungsdingt zu sein wie die übrigen. Sie schwanken nicht ganz so stark um ihren Zahlen, wenngleich D in der Pubertät besonders häufig auftritt (E hat in dieser Zeit einen Tiefpunkt).

Man wird der verschiedenartigen Struktur der einzelnen Altersstufen näherkommen, wenn man die Befunde des psychologisch-charakterologischen Gesamtbildes heranzieht (Tabelle 5 auf S. 92/93). Hier heben im folgenden kurz einige unterscheidende Charakterzüge heraus.

Die gesteigerte Antriebslebhaftigkeit der Enuretiker lässt im Verlauf der Entwicklung etwas nach. Am lebhaftesten und untriebigsten sind die Kleinkinder. Sie leben impulsiv aus einer momentanen Stimmung heraus, sind dadurch zum Teil auch etwas weniger angehängt als die Jugendlichen in und nach der Pubertät. Die meisten Enuretiker sind von einer unruhigen Antriebslebendigkeit erfüllt, die durch die hohe Erregbarkeit leicht ausgelöst werden kann und sich zu einem grossen Teil unkonzentriert zerflattert.

Während die Kleinkinder oft noch lustig und ausgelassen sind, wirkt die Stimmung bei den Jugendlichen mehr gedrückt und unfroh. Den Pubertierenden fehlt auch die Gelassenheit; sie sind empfindlich und leicht verletzbar, zumal bei ihnen die zarten und weichen Seiten mehr hervortreten, die bei Belastungen zum passiven Rückzug und zur Gehemmtheit neigen. Durch die Erregbarkeit der Enuretiker

ist in der Pubertät die Mitschwingungsfähigkeit oft gesteigert, oft aber durch die verspannte und unausgeglichene Haltung auch gestört. Es kommt hier häufig zu einem ambivalenten Schwanken. Die Jugendlichen bemühen sich in diesem Alter zum Teil um eine sachlich-kühle Angepasstheit, geben sich nach aussen nicht mehr so natürlich, frei und unbeschwert, leben nicht mehr so ungesteuert aus dem momentanen Gefühl heraus.

Das hängt sicher auch damit zusammen, dass die naive Sicherheit und Stabilität des Kleinkindes abnimmt. Die Kinder sind, je älter sie werden, um so labiler oder unsicherer. Erst bei den 15 - 19-Jährigen tritt das sichere Selbstbewusstsein wieder mehr in den Vordergrund, manchmal allerdings als versteifte Selbstbehauptung mit dem Unterton des "Trotzdem". Bei diesen Formen handelt es sich häufig um die Kompensation einer inneren Unsicherheit.

Die labile Haltung der Kinder und ihre geringe Belastbarkeit macht sie natürlich besonders anfällig für Störungen, wie sie in den an sich normalen Krisenzeiten der Entwicklung auftreten. Wir deuten im folgenden die Problematik der Vorpubertät und der Pubertät ihrer besonderen Stellung wegen noch gesondert an.

In den sogenannten Flegeljahren der Vorpubertät tritt u.a. auch das Problem der sozialen Einordnung (unter einem neuen Aspekt) wieder in den Vordergrund. Die Kinder treten dem Erwachsenen kritischer und wacher gegenüber, das Problem der Anpassung erhält einen anderen Akzent. Diese Zeit ist reich an kritischen und belastenden Situationen und bietet durch die vielfältigen Spannungsmöglichkeiten zwischen Kind und Erzieher Stoff für zahlreiche Konflikte (LERSCH 1951, HETZER 1958).

Die Pubertät selbst gilt als eine der wesentlichsten Krisenzeiten in der Entwicklung. Es ist bekannt, dass das Einnässen in vielen Fällen im Verlauf der Pubertät von selbst verschwindet. Im Rahmen einer psychophysischen Gesamtumstellung (KIESEL 1954) erhält das ganze Antriebsgeschehen in diesem Alter einen anderen Akzent: mit der Geschlechtsreife übernehmen die sexuell

rebungen den Primat. Zahlreiche Spannungen und Erregungen, die eher anderweitig Abfluss suchten, werden jetzt hier entladen und verarbeitet (vgl. die Bedeutung der Onanie in der Pubertät). Gleichzeitig festigen sich aber nach einer krisenhaften Übergangszeit auch die körperlichen und seelischen Funktionen, der Jugendliche übernimmt allmählich eine andere soziale Rolle und verändert sein Verhalten sehr stark. Es kommt beim Verschwinden der Enuresis also nicht immer zu einer Heilung, sondern oft nur zu einer Symptomverschiebung, die häufig auch in eine Verwahrlosung mündet, bzw. sich in eine solche eingliedert. (QUINT 1959). Die Verwahrlosung selbst stellt aber nicht den eigentlichen Symptomwandel dar, sondern bildet nur den Hintergrund der neuen Symptomstruktur.

Der 13-jährige Egon kommt wegen seines Schulversagens zur Untersuchung. Er wirkt in der Schule gehemmt und verstört, sitzt meistens geistesabwesend da, kann sich nicht richtig konzentrieren. Er hat von jeher eingenässst.

Bei der Untersuchung machte der Junge einen verschlossenen Eindruck. Er wirkt unkindlich ernst, reagiert trotz seines weichen Wesens verbittert und resigniert. Er ist innerlich völlig ausgefüllt durch einen Kampf mit dem Vater. Die häuslichen Verhältnisse sind zerrüttet, die Mutter zieht den jüngeren Bruder vor, der Vater lehnt Egon völlig ab. Im Bruder sieht der Junge ein harmloseres und kleineres Abbild des Vaters. Egon hat vor einiger Zeit begonnen zu onanieren, seither vermehren sich auch die Klagen der Schule und der Eltern. Sein jahrelanges Einnässen hat seit dieser Zeit etwas nachgelassen.

KADELI (1960) schildert die Behandlung eines pubertierenden Enuretikers ausführlich.

Es ist auffallend, dass die Störung bei den Mädchen häufig erst später, d.h. also erst nach der Pubertät verschwindet. Meist handelt es sich dabei um besonders schwere Formen der Fehlhaltung. Mehrere Mütter von Enuretikern schilderten bei der Berechnung ihrer eigenen Entwicklung, dass sie auch lange eingenässst hätten und dass das Leiden sich erst nach den ersten sexuellen Kontakten verloren habe. Von verschiedenen Autoren (vor allem psychoanalytischer Richtung) wird darauf hingewiesen, dass sich bei ehemaligen Enuretikern die Störung im Erwachsenenalter häufig zu einer Ejaculatio praecox verlagere.

Zusammenfassend kann man sagen, dass es sich bei den Enuretikern um psychisch gestörte Kinder handelt, die bei Belastungssituationen inadäquat reagieren. Die Störung ist nicht mit dem Symptom des Einnässens gleichzusetzen, sondern bildet den Hintergrund dieser Symptomatik. Sie ist vielfältig bedingt, wesentliche Bedingungen scheinen bereits im Kleinkindalter geschaffen worden zu sein. Dadurch kommt es zu einer Fehlentwicklung, die noch durch die Reaktion der Umgebung auf das Symptom verstärkt wird.

Die Enuretiker sind nach unseren Befunden in allen Altersstufen charakteristisch erheblich retardiert. Sie sind zudem affektiv leicht erregbar und störrisch, leben dadurch aus einer verspannten, unruhigen Haltung heraus. Ihre Antriebslebendigkeit wird im Laufe der Entwicklung etwas gedämpft. Die unruhig-flatternde und wenig gezielte propulsive Aktivität steht aber nach wie vor im Vordergrund des Verhaltens.

Die Gestörtheit der Enuretiker scheint gerade von dieser Antriebsstörung auszugehen und von hier aus auf andere Persönlichkeitsbereiche auszustrahlen. Besonders stark ist das Selbstvertrauen der Kinder in Mitleidenschaft gezogen: ihre Unsicherheit und Labilität steigert sich im Laufe der Entwicklung, wobei die Haltung der Umgebung und die Reaktion auf das Einnässen eine wesentlich verstärkende Rolle spielen. Die Störung lässt sich von der Entwicklung der Kinder her nicht völlig erklären. Sie kann nur im Zusammenspiel von persönlicher Wesensart, Entwicklungsgang und Lebensraum richtig verstanden werden.

Der erwachsene Enuretiker:

Wir untersuchten lediglich einnässende Kinder und Jugendliche. Nur selten kamen wir daher in Berührung mit erwachsenen Enuretikern. Bei Besprechungen und graphologischen Beurteilungen dieser Persönlichkeiten fiel aber auf, dass es sich auch hier wieder um sehr sensible und weiche, meist gefühlsbetonte Menschen handelt, die vital nur wenig belastbar und durchsetzungsfähig sind. Es bestand manchmal eine Neigung zum Trinken. Die sehr tief gestörten Menschen fielen durch ihre passive und matte Haltung dem Leben gegenüber auf (vgl. in diesem Zusammenhang auch GOLDMANN AND BERGMAN 1945).

heilte Enuretiker berichteten fast immer, dass die Heilung Laufe der Pubertät oder kurze Zeit nachher erfolgt sei. Als und wurde mehrfach eine totale Veränderung der persönlichen situation angegeben, die Übernahme einer anderen sozialen Rolle, e meist die Familienkonstellation grundlegend veränderte. Ne- nder biologischen Umstellung haben wir in diesem Zusammenhang so auch noch die soziale Umstellung zu beachten.

So berichtete die 30-jährige Frau U.K., sie habe etwa bis zum 18. Lebensjahr eingenässt. Als Grund sehe sie heute ihre Stellung als Älteste in einer kinderreichen Familie an, durch die sie sich überfordert gefühlt habe. Die Heilung habe schlagartig eingesetzt, als sie mit ihrer Berufsausbildung begonnen habe und dadurch etwas aus dem Familienrahmen herausgetreten sei. Sie habe hier Gelegenheit gehabt, sich zu bewähren.

5) Geschlechterpsychologischer Aspekt der Enuresis:

Das Verhältnis von Jungen und Mädchen nähert sich bei den von uns untersuchten Enuretikern in Übereinstimmung mit den Ergebnissen anderer Autoren (CHRISTOPFEL 1944, SCHWILDER 1951, KAHNER 1954, HALLGREN 1957) dem Verhältnis 2:1 (das genaue Verhältnis ist 129:71 oder 64,5 %:35,5 %). Dieses Verhältnis findet man allerdings bei den meisten Erziehungsschwierigkeiten. Eine bekannte Ausnahme bildet das Stottern, bei dem das männliche Geschlecht im allgemeinen viel stärker betroffen ist (FLOSDORF 1960),

Das Überwiegen der Jungen könnte unter Umständen mit der Tatsache zusammenhängen, dass die Mädchen ihrer andersartigen Wesensstruktur entsprechend (LERSCH 1950) andere, vielleicht weniger auffällige Störungen (mehr passiver Art) zeigen. Dieser Gesichtspunkt ist allerdings bei rein sozialen Schwierigkeiten deutlicher als bei der Enuresis. Im vorliegenden Fall ist er vor allem daran sichtbar, dass die einnässenden Mädchen eher passiv ausweichen, dass sie also nicht so sehr trotzig und impulsiv reagieren, sondern mehr verhalten und verklemmt wirken. Dabei soll nicht übersehen werden, dass ihre Bedürfnisstruktur teilweise durch recht männliche Züge geprägt sein kann.

Die Tatsache, dass die Störung bei Jungen häufiger auftritt, kann aber auch davon herrühren, dass die Mädchen sich leichter einordnen und daher erzieherisch anders behandelt werden. Sie stehen also während ihrer Entwicklung in einer etwas anderen Situation als die Jungen, die Stellung in der Struktur der Familie ist anders, vor allem auch die Stellung zur gegengeschlechtlichen Beziehungsperson (VETTER 1959, 1960 a). Vater und Mutter haben für das Mädchen eine andere Bedeutung als für den Jungen, folglich auch das gestörte Verhältnis zu Vater und Mutter.

Die Frage erhält ein neues Gesicht, wenn man sich vergegenwärtigt, dass gerade die schweren und langdauernden Formen der Enuresis häufig bei Mädchen zu finden sind. Die Mädchen überwiegen rein zahlenmäßig bei den höheren Altersgruppen (nach Eintritt der

bertät). Es ist eine seit langem bekannte Tatsache, dass das Symptom vor allem bei den Jungen im Verlauf der Pubertät verwindet (QUINT 1959). Dabei kann es sich offenbar um eine Spontanheilung handeln (etwa durch eine psychophysische Gesamtumstellung des Organismus - KIESEL 1954) oder aber um einen Symptomenwechsel (etwa die Ablösung der Enuresis durch die Onanie etc.). In jedem Fall scheint es bei den Mädchen prozentual häufiger vorzukommen, dass sich die Störung mit dem umschriebenen Symptom noch nach Eintritt der körperlichen Reifung länger hinzieht. Es wurde bereits darauf hingewiesen, wie sich verschiedene erwachsene Frauen über ihre ehemalige Enuresis äusserten: sie berichteten, das Symptom habe sich beim ersten geschlechtlichen Kontakt (bezw. bei der ersten Schwangerschaft) oder aber bei der endgültigen sozialen Eingliederung (etwa im Beruf) verloren.

An dieser Stelle ist auf die recht verschiedenartige Bedeutung hinzuweisen, die die Pubertät bei den verschiedenen Geschlechtern hat. Damit hängt eng zusammen die verschiedenartige Bedeutung der Sexualität und ihrer Weckung. Die Psychoanalyse interpretiert die Enuresis gerade auch von diesem Punkt her (Kastrationsprozess bei den Mädchen und rivalisierende Tendenz "ich möchte auch ein Junge sein") und gibt damit dem Bedingungsgefüge der Enuresis bei den Mädchen eine ganz andere Bedeutung als bei den Jungen.

Der Schwerpunkt der Störung liegt in unserem Material bei den Mädchen zwischen dem 9. und 11., sowie dem 14. und 15. Lebensjahr. Die Enuresis acquisita ist etwas stärker betont als bei den Jungen.

Aus der charakterologischen Untersuchung lassen sich manche gemeinsamen Züge bei Jungen und Mädchen finden. Die zahlenmässigen Ergebnisse können aus Tabelle 4 (S. 90/91) entnommen werden. Im allgemeinen sind die Mädchen etwas weicher und zarter, zeigen einen weniger antriebslebendigen Einsatz und schwingen dadurch im Kontakt etwas verhalten und zögernd mit. Die Aktivität ist in manchen Einzelfällen flacher. Sie sind weiterhin körperlich und charakterlich meist nicht so stark retardiert wie die

Jungen und dadurch auch besser an die Forderungen der Umgebung angepasst. Sie ordnen sich also auch leichter ein. Ihre innere Unangepasstheit ist im Gegensatz zu den Jungen oft mehr passive Art: sie sind gehemmt, im Antrieb verklemmt und eingeengt, weichen passiv und oft resignierend aus. Bei den verspannten Kindern mit eigenwilligem Selbstgefühl treffen wir im allgemeinen allerdings mehr Jungen als Mädchen. Die älteren Mädchen (während und nach der Pubertät) fallen oft durch ihre starke Stimmungs labilität auf.

Es darf nicht übersehen werden, dass das Symptom und die in ihm zum Ausdruck kommende Störung bei den Mädchen natürlich eine andersartige Prägung erhält als bei den Jungen, da ja ihre ganze seelische Einstellung und Haltung im Grunde anders strukturiert ist und dadurch auch einen anderen Erlebnishintergrund für die Störung bildet (LERSCH 1950).

Die soziale Umwelt der Enuretiker

der Interpretation unserer bisherigen Ergebnisse stiessen wir wieder auf die Bedeutung der Umwelt, ob es sich nun um das Verhalten oder die Entwicklung der Enuretiker gehandelt hat.

Die Verhaltensweisen waren nur durch eine bestimmte Situation bedingt, aus der heraus der Enuretiker sich verhielt. Die betroffenen Kinder sind aber nicht nur auf ihre Umgebung bezogen, die Störung selbst ist durch die soziale Umwelt mitbedingt.

Der Gesichtspunkt spielte auch schon bei unseren theoretischen Überlegungen eine Rolle: bei der Diskussion des Anlage-Umwelt-Problems konnten wir darauf hinweisen, dass es gar nicht auf das Verhältnis von Anlage und Umwelt ankommt, sondern auf die unlösliche Verflochtenheit der individuellen Persönlichkeit mit ihrer Umgebung, wie sie sich in einer spezifischen Situation akzentuierend erfassen lässt. Die Umwelt als augenblickliche und Lebenssituation (LEWIN 1935) stellt dabei durchaus nicht nur die objektive Umgebung des Kindes dar. Wesentlich wichtiger ist für uns die subjektive Erlebniswelt, d.h. die Art und Weise, wie das Kind seine Umwelt erlebt (Bedeutungs- und Beachtungsrelief) (KEMPER 1959).

Wir werden im folgenden also versuchen, die Störung vom Lebensraum des Enuretikers her zu verstehen und folgen bei der Definition den Ausführungen LEWINS (1954, S. 919): "the person and his environment have to be considered as one constellation of interdependent factors. We call the totality of these factors the life space (LSp) of that individual." ... "The life space, therefore, includes both the person and his psychological environment."

Innerhalb dieses Lebensraumes kommt neben der individuellen Persönlichkeitsstruktur natürlich vor allem der Familie, den Eltern und Erziehern besondere Bedeutung zu (SCHOLL o.J., RUPPERT 1952, KEMPER 1960, BEER 1961). Es geht dabei nicht nur und nicht einmal in erster Linie um äussere Daten, sondern vor allem um die erzieherische Haltung der Umgebung (KEMPER 1949, RUPPERT 1952, 1959, KEMPER 1953).

Wir werden uns in den folgenden Abschnitten bemühen, Aufschluss über die soziale Umwelt der von uns untersuchten Enuretiker zu gewinnen. Das Ziel ist dabei, herauszufinden, welche Bedeutung soziale Faktoren für die Entstehung der Enuresis haben.

Wir gehen auch hier von den äusseren Gegebenheiten des Lebens aus und versuchen dann, tiefer in die Struktur und die Atmosphäre der Familie einzudringen. Dabei geht es uns nicht um die Erfassung und Darstellung eines Durchschnitts-Milieus, sondern um die dynamischen Zusammenhänge zwischen der gestörten Persönlichkeit und ihrer aktuellen totalen Situation (LEWIN 1935).

Die quantitativ fassbaren Befunde bei unserer Untersuchungsgruppe sollen nach Möglichkeit mit den Zahlen einer Statistik aus der Erziehungsberatungsstelle beim Jugendamt Stuttgart verglichen werden. Die Zahlen der dritten Spalte in den nachfolgenden statistischen Darstellungen geben also immer die Werte dieser Kontrollgruppe (n = 1910) an.

1) Das Sozialgefüge:

Einnässende Kinder kommen selbstverständlich in sämtlichen sozialen Schichten vor, doch sind sich alle Untersucher darüber einig (VON HARNACK 1953, 1958, KEMPER 1949, SCHWIDDER 1951, HALLGREN 1957), dass die niederen Schichten verhältnismässig stärker belastet sind.

Hier spielt allerdings die Dunkelziffer des Symptoms eine bedeutende Rolle. Man schämt sich ja allgemein dieses Leidens. Einnässende Kinder begüteter Eltern werden zwar rascher (und häufiger) fachliche Betreuung erhalten, sie werden aber nur in seltenen Fällen einer Erziehungsberatungsstelle vorgestellt werden, die dem Jugendamt angeschlossen ist. Wir bringen im folgenden unsere eigenen Ergebnisse (vgl. auch die ausführlichere Zusammenstellung auf Seite 67).

Wir bezeichnen hier, wie auch bei den folgenden Untersuchungen, als Eltern immer die "Erziehungseltern", ohne zu berücksichtigen, ob es sich um die leiblichen Eltern handelt. Die Anzahl der Heilungskinder ist bei der folgenden Tabelle nicht gesondert betrachtet worden.

	<u>Enuretiker</u>		<u>Kontr.-Gr.</u>	
Höhere Beamte, Akademiker, Gross- kaufleute, Direktoren, Offiziere	1	0,5 %	112	5,9 %
guter Mittelstand, mittl. Beamte, leitende Angestellte, Lehrer	18	9,0 %	188	9,8 %
einfacher Mittelstand, gehobene Unterbeamte, kaufm. Angestellte, Handwerksmeister	48	24,0 %	556	29,1 %
Unterbeamte, gel. Arbeiter, Klein- bauern, Weingärtner	83	41,5 %	777	40,6 %
ungel. Arbeiter, Tagelöhner	50	25,0 %	235	12,3 %

ch bei unseren Befunden sind die unteren sozialen Schichten
ärker belastet. Im allgemeinen entspricht zwar die Verteilung
r Enuretiker auf die einzelnen Schichten der Verteilung in der
samstgruppe der erziehungsschwierigen Kinder. Doch scheint die
örung bei den ungelernten Arbeitern besonders häufig als Symp-
n aufzutreten. Für die höheren Schichten gilt besonders das,
s wir oben über die Dunkelziffer des Symptoms sagten.
sammenfassend kann man sagen, dass der Zusammenhang der Störung
t der sozialen Schicht recht vage bleibt.

r untersuchen daher zunächst, ob die Art der Störung durch die
ziale Umgebung mitbestimmt wird und vergleichen die Häufigkeit
rschiedener Enuretikergruppen in verschiedenen sozialen Schich-
n.

Z.-. nicht	Enuretiker-Gruppen						Zus.
	A	B	C	D	E	F	
1	-	-	-	-	-	-	1
1,7 %							0,5 %
8	5	3	1	1	-	-	18
13,3 %	7,7 %	13,7 %	5,9 %	3,1 %			9,0 %
16	15	4	6	6	1		48
26,6 %	23,1 %	18,2 %	35,3 %	18,8 %			24,0 %
24	27	12	6	14	-		83
40,0 %	41,5 %	54,6 %	35,3 %	43,8 %			41,5 %
11	18	3	4	11	3		50
18,3 %	27,8 %	13,7 %	23,5 %	34,4 %			25,0 %
Sam.	60	65	22	17	32	4	200

Die Gruppen A und D kommen bei den mittleren sozialen Schichten häufiger vor, die Gruppen B und vor allem E bei den unteren sozialen Schichten. Man kann nach diesem groben Schema noch keine eindeutigen Zusammenhänge feststellen, doch ist die Entstehung der Fehlhaltung in gewissen Grenzen sicherlich durch die soziale Schicht der Eltern mitbedingt, in dem sie die ganze erzieherische Haltung und den Lebensraum prägt.

Bisher war nur allgemein von der sozialen Schicht die Rede. Daneben scheinen jedoch verschiedene belastende soziale und wirtschaftliche Faktoren wesentlich zu sein. So fanden wir:

	<u>Enuretiker</u>		<u>Kontr.-Gr.</u>	
materielle Notlage	73	36,5 %	237	12,2 %
schlechte Wohnverhältnisse	52	26,0 %	277	14,5 %
asoziale Familie	32	16,0 %	80	4,2 %
Trinkerfamilie	25	12,5 %	93	4,9 %
Mutter berufstätig	104	52,0 %	794	41,6 %

Bei sämtlichen Belastungspunkten zeigen die Enuretiker höhere Zahlen als die Kontrollgruppe. Sie kommen also offenbar sehr häufig aus einer materiell recht ungesicherten Lebenssituation und sind daher immer wieder Belastungen ihrer Existenz ausgesetzt. HETZEL wies bereits 1937 darauf hin, dass ungepflegte Kinder ihrer geringeren erzieherischen Anreize wegen auch ein langsames Entwicklungstempo zeigen. Ihr Lebensraum ist eingeengt, sie kommen sehr früh mit den Nöten und Sorgen des Lebenskampfes in Berührung und sammeln daher auf diesem Gebiet auch schon viel zu früh Erfahrungen.

Der Lebensraum des Kindes (nicht zuletzt auch derjenige des gestörten Kindes) wird weitgehend durch die Mutter bestimmt und gestaltet. Der Prozentsatz der (ganztätig) berufstätigen Mutter bei den Enuretikern ist daher erschreckend. Sehr viele Kinder sind sich also häufig den ganzen Tag selbst überlassen, werden schon früh zu völliger Selbständigkeit erzogen und haben einen Freiheitsspielraum, der von ihnen meist noch nicht voll verarbeitet werden kann (SPECK 1956).

Die Familiensituation:

ist von vornherein klar festgestellt worden, dass es individuelle und spezifischere Faktoren sein müssen als die genannten, den Hintergrund bei der Entstehung eines so komplizierten Symptoms wie der Enuresis bilden. Unser Interesse richtet sich zunächst auf die Familiensituation der Kinder, auf ihre Umgebung also, die eben durch ihre Intimität und alltägliche Nähe die Erlebniswelt stark mitbestimmt.

Bei der Untersuchung der Elternsituation fanden wir folgende Ergebnisse:

	<u>Enuretiker</u>		<u>Kontr.-Gr.</u>	
vollständige Familie	77	38,5 %	809	42,3 %
Tod des Vaters	17	8,5 %	235	12,3 %
Tod der Mutter	7	3,5 %	82	4,3 %
beide Eltern tot	2	1,0 %	30	1,6 %
Trennung und Scheidung	38	19,0 %	390	20,4 %

Zahlen der Enuretiker weichen zum grossen Teil nur geringfügig von den Zahlen der Kontrollgruppe ab. Nur 38,5 % der von uns untersuchten Enuretiker haben eine vollständige Familie mit beiden natürlichen Eltern. Damit ist natürlich noch nicht gesagt, dass sich ihr Leben in einer geordneten Atmosphäre abspielt. Ein Teil dieser Kinder befand sich z.B. zur Zeit der Untersuchung im Heim (5 Kinder), bei anderen waren in der Ehe der Eltern starke Spannungen festzustellen (vgl.unten). Der Verlust des Elternteiles allein muss also nicht unbedingt eine Rolle bei der Entstehung der Fehlhaltung spielen, wenn auch dieser allgemeine Befund durch einzelne Fälle in Frage gestellt werden kann.

Bei der Untersuchung des inneren Zusammenhalts bei vollständigen Familien und stellten fest, dass man nur in wenigen Fällen von einer echten gefühlsmässigen Bindung innerhalb der Familie sprechen kann. Die Struktur der meisten Familien war gestört und aufgelöst; statt eines harmonischen Miteinanders fanden wir häufig ein Neben- oder Gegeneinander.

Enuretiker-Gruppen

Zusammenhalt der Familie	A	B	C	D	E	F	Zus.
zerrüttet, gegeneinander	4 13,8 %	10 47,6 %	3 50,0 %	2 40,0 %	4 28,6 %	1	24 31,2
aufgelöst, nebeneinander	12 44,3 %	5 23,8 %	3 50,0 %	2 40,0 %	6 42,9 %	-	28 36,3
äusserlich geordnet	9 31,0 %	5 23,8 %	-	1 20,0 %	2 14,3 %	1	18 23,4
geschlossen miteinander	2 6,9 %	1 4,8 %	-	-	2 14,3 %	-	5 6,5
nicht festgestellt	2 6,9 %	-	-	-	-	-	2 2,6
Zus.	29	21	6	5	14	2	77

Auch die Atmosphäre in den vollständigen Familien war also durch starke innere Spannungen gestört. Hier tritt, vor allem auch bei der Untersuchung von Einzelfällen, die Gruppe B stark hervor. Meist waren die Familien gar nicht völlig zerrüttet, aber man lebte ohne echte innere Verbundenheit nebeneinander her, hatte sich nicht viel zu geben. Der Zusammenhalt der Familie, durch die sie sich als gemeinsames "Wir" von der Umgebung abhebt, war meist gestört.

In zahlreichen weiteren Fällen waren die leiblichen Eltern ganz oder teilweise durch andere Menschen ersetzt:

	<u>Enuretiker</u>	<u>Kontroll-Gruppe</u>
Stiefeltern (-teil)	47 23,5 %	418 21,8 %
Pflegeeltern (-teil)	30 15,0 %	183 9,6 %

Soweit bei diesen Familien zwei Eltern (Erziehungseltern) vorhanden waren (= 62 Fälle), gingen wir auch hier der inneren Bindung nach: Es ging uns ja nicht in erster Linie um die anlagebedingte Beziehung zwischen Eltern und Kindern, sondern um den sozialen Bezug, wie er durch die bewusste oder unabsichtliche Prägung im Verlauf des Erziehungsgeschehens geschaffen wird. Wir legen also - auch bei unseren weiteren Ausführungen - vor allem Wert auf die Erziehungseltern, d.h. die Eltern, durch die das Kind betreut wird - auch wenn es nicht die leiblichen Eltern sind.

zusammenhalt r Familie	Enuretiker-Gruppen						Zus.
	A	B	C	D	E	F	
errüttet, ge- neinander	3 15,8 %	8 36,3 %	-	1 16,7 %	3 27,3 %	-	15 24,2 %
fgelöst, beneinand.	5 26,3 %	6 27,3 %	-	4 66,7 %	3 27,3 %	-	18 29,0 %
sserlich ordnet	9 47,3 %	6 27,3 %	3 75,0%	1 16,7 %	3 27,3 %	-	22 35,5 %
schlossen, teinander	-	1 4,5 %	1 25,0%	-	1 9,1 %	-	3 4,8 %
cht festge- ellt	2 10,5 %	1 4,5 %	-	-	1 9,1 %	-	4 6,5 %
us.	19	22	4	6	11	-	62

i diesen Familien, in die das Kind häufig erst nach dem Zerbre-
en der ersten Familie (der Geburtsfamilie) kam, hat sich der
hwerpunkt bei fast allen Gruppen etwas verlagert. Es liegen
tzt häufig äusserlich geordnete Verhältnisse vor. Bei der Grup-
B ist aber auch hier wieder ein deutliches Überwiegen der
errütteten und aufgelösten Familien festzustellen.

f die Bedeutung des Heimaufenthaltes wurde schon mehrfach hin-
wiesen.

rzzeit der Untersuchung waren 31 Kinder (= 15,5 %) unserer Unter-
suchungsgruppe im Heim. Es kamen:

aus vollständ. Familien	6 von insgesamt 77 Kindern
aus Stief- und Pflegefami- lien mit 2 Eltern	9 von insgesamt 62 Kindern
aus den übrigen Familien	16 von insgesamt 61 Kindern.

t diesen Zahlen wird die Bedeutung der Familie, vor allem der
llständigen Familie deutlich demonstriert. Die Zahl der Heim-
nder ist besonders gross, wo keine Familie im eigentlichen und
geren Sinn des Wortes vorhanden ist.

e Kinder waren zum Teil schon längere Zeit im Heim, oft schon
hrelang. Aber auch andere Kinder wuchsen früher (d.h. vor un-
rer Untersuchung) in Heimpflege auf: insgesamt 50 Kinder (25,0 %)

unserer Untersuchungsgruppe befanden sich während ihrer Entwicklung länger als ein Jahr im Heim. Dieser langjährige Heimaufenthalt spielt bei der Kontrollgruppe keine so wichtige Rolle wie bei unseren Enuretikern: der Prozentsatz beträgt hier nur 10,3 % (= 197 Kinder).

Dabei müssen besonders zwei Punkte hervorgehoben werden: der Zeitpunkt der Heimunterbringung und die Konstanz des Heimaufenthaltes.

65 Kinder aus unserer Untersuchungsgruppe, d.h. 32,5 %, waren bereits als Kleinstkind vor dem Abschluss des 1. Lebensjahres von der Mutter getrennt worden und zwar mindestens für die Dauer eines halben Jahres. Der Prozentsatz dieser Kinder betrug bei der Kontrollgruppe 17,9 % (328 Kinder).

Die Kinder kamen bei der Trennung von der Mutter in Heime, Krankenhäuser und ähnliche Institutionen, wo sie trotz guter Pflege nicht dieselbe individuelle Atmosphäre der Geborgenheit erleben konnten, wie dies dem normalen Kind im Rahmen der Familie möglich ist. Auf die Bedeutung der mütterlichen Betreuung während des ersten Lebensjahres braucht man nach den Forschungen von SPITZ (1957, 1960) nicht mehr gesondert hinzuweisen.

Ein grosser Teil der Kinder, nämlich die bereits genannten 25 %, waren jahrelang in Heimen untergebracht. Bei den meisten von ihnen stand dieser Heimaufenthalt in direkter Beziehung zu ihrer Gestörtheit. Dabei spielt sicher nicht nur die Dauer des Heimaufenthaltes eine wesentliche Rolle bei der Entstehung von Erziehungsschwierigkeiten, sondern vor allem auch der häufige Milieu- und Erzieherwechsel. Die anderweitige Unterbringung allein wäre u.U. nicht ganz so schlimm anzusehen, wenn damit eine gewisse Konstanz verbunden wäre. Das ist auch bei der Unterbringung in Pflegefamilien wichtig.

Bei 45 Kindern unserer Untersuchungsgruppe, d.h. bei 22,5 % gegenüber 8,4 % bei der Kontrollgruppe, war ein häufiger Wechsel festzustellen. Es wirkt sich zweifellos schwerwiegend aus, wenn ein Kind immer wieder seinen erzieherischen Ort wechseln muss,

er wieder unter neuen Bedingungen und Einflüssen leben muss dadurch keine Gelegenheit findet, an irgendeiner Stelle lisch Wurzel zu fassen (SCHOLL o.J., 1956).

haben bis jetzt nur die Fälle berücksichtigt, bei denen das d durch äussere Eingriffe von einem oder beiden Elternteilen rennt war. Dazu gehört aber auch das Problem der unehelich orenen und der Kinder aus geschiedenen Familien (SCHOLL o.J., PERT 1952). Bei unseren Untersuchungen fanden wir:

	<u>Enuretiker</u>	<u>Kontrollgruppe</u>
uneheliche Geburt	76 38,0 %	417 21,8 %

hohe Zahl der unehelich Geborenen ist sicher zum Teil durch Auswahl der untersuchten Kinder im Bereich des Jugendamtsingt. Von der Untersuchung einzelner Kinder her können wir r sagen, dass gerade das Problem des fehlenden Vaters bei Entstehung einer Fehlentwicklung eine bedeutende Rolle spie- kann. Die Zahl der Kinder aus getrennten oder geschiedenen n wurde oben bereits erwähnt, ebenso die Anzahl der Ehen, die ere Spannungen zeigten.

en den erwähnten Punkten soll noch kurz auf die Stellung Kinder in der Geschwisterreihe eingegangen werden.

	<u>Enuretiker</u>	<u>Kontrollgruppe</u>
einziges Kind	52 26,0 %	516 27,0 %
2 Kinder	61 30,5 %	604 31,7 %
3-5 Kinder	76 38,0 %	653 34,2 %
6 und mehr Kinder	5 2,5 %	76 3,9 %

Grösse der Familien, in denen unsere Enuretiker aufwuchsen, verscheidet sich kaum von der Familiengrösse bei anderen ge- rten Kindern. Die Störung kommt natürlich häufig in etwas sseren Familien vor, tritt aber auch bei Einzelkindern sehr rk auf. Es lässt sich hier, wie zu erwarten war, eine partiell- Korrelation zwischen kinderreichen Familien und Familien aus

den unteren sozialen Schichten feststellen. Dabei ist noch nicht klar, welche Stellung das gestörte Kind innerhalb der Familie einnimmt. Wir wenden uns deshalb der Stellung des Kindes innerhalb der Geschwisterreihe zu, die wir aber zunächst nur nach groben äusseren Merkmalen festhalten können.

	<u>Enuretiker</u>		<u>Kontrollgruppe</u>	
Ältestes Kind	48	24,0 %	524	27,4 %
jüngstes Kind	48	24,0 %	570	29,9 %
zwischen den Geschwist.	47	23,5 %	359	18,8 %
Zwillingskind	2	1,0 %	17	0,9 %
einziges Kind	52	26,0 %	516	27,0 %

Bei den Enuretikern kommen die Einzelkinder etwas gehäuft vor. Beim Vergleich mit der Kontrollgruppe zeigt sich aber, dass dies wohl bei allen gestörten Kindern der Fall sein dürfte. Dieser Vergleich zeigt, dass jüngste und älteste Kinder etwas weniger häufig unter der Störung zu leiden scheinen als Kinder, die zwischen den Geschwistern stehen. Es deuten sich hier bereits Spannungen und Konflikte an, die ihren Ursprung gerade in der Stellung des Kindes innerhalb der Geschwisterreihe haben. Ausgesprochen starke Geschwisterkonflikte traten bei 21,0 % unserer Probanden auf, während die Einzelkindssituation nur in 6,5 % der Fälle (gegenüber 15,3 % bei der Kontrollgruppe) für die Entstehung der Störung ausschlaggebend war.

Zusammenfassung:

Die Enuretiker stammen teilweise aus ärmlichen Verhältnissen. Ihr Lebensraum ist durch die täglichen materiellen Sorgen eingeengt. Viele von ihnen erhalten erzieherisch nur mässige Anregungen.

Wesentlich sind aber vor allem die familiären Verhältnisse, unter denen die Kinder aufgewachsen sind und noch leben. Hier zeigt sich, dass ein grosser Teil von ihnen bereits im ersten Lebensjahr von der Mutter getrennt wurde, gerade in der Zeit also, in der sich der gemüthafte Kontakt zur Umwelt anbahnt, in der überhaupt die Welthaltung tiefgreifend geprägt wird und das Kind die Anregung und Zuwendung seiner Umgebung braucht. Viele Kinder

erbrachten sogar einen grossen Teil ihres Lebens im Heim (manche kennen ihre Heimat und ihre Eltern gar nicht) und was noch schlimmer ist, sie wurden oft von einem Heim ins andere verschoben, konnten nirgends richtig verwurzeln.

Die Mutter des 6-jährigen Josef ist eine wilde Dirne, die sich noch nie um ihr Kind gekümmert hat. Der Kleine kam nach der Geburt gleich in ein Kinderheim, von wo aus er aber bereits nach einem Monat wieder in ein anderes Heim verlegt wurde. Dort blieb er fast fünf Jahre und kam dann in ein drittes Heim. Er gilt als ruhig und war durch seine Bravheit immer ein angenehmes Kind. Man hat ihn allerdings von jeher für schwach begabt gehalten. Diesen Eindruck erweckte er durch sein schwerfälliges, antriebsarmes Verhalten und seine Teilnahmslosigkeit im Kontakt. Er konnte oft längere Zeit regungslos dastehen und ins Leere starren.

Bei der Untersuchung bestätigte sich der starke Entwicklungsrückstand des Kindes auf charakterlichem Gebiet. Josef reagierte kleinkindhaft. Er war aber intellektuell durchschnittlich begabt. Die Wurzel seiner Störung (und damit auch der Enuresis) war eine erhebliche Kontaktstörung auf der Grundlage eines schweren Hospitalismus.

Bei zahlreichen Enuretikern kann also nicht nur ein augenblicklicher massiver Milieuschaden nachgewiesen werden, es handelt sich auch um Kinder, die in der frühkindlichen Entwicklung hospitalisiert wurden.

Aber auch ihre Situation im Zeitpunkt der Untersuchung war im allgemeinen nicht sehr harmonisch und störungsfrei. Nur ein geringer Teil der von uns untersuchten Kinder lebt in vollständigen Familien, in denen es zahlreiche innere Spannungen gibt. Sie kamen oft spät aus dem Heim in die Familie, mussten sich nicht nur auf das Familienleben umstellen, sondern oft auch auf einen Stiefelernanteil und unter Umständen auf Stiefgeschwister.

Die erzieherische Atmosphäre war also häufig durch innere Konflikte gestört, die Gefühlsbindung innerhalb der Familie war oft ausgeglichen und disharmonisch (VETTER 1959). Die Familien waren also nicht nur in ihrer äusseren Struktur, sondern auch in ihrem inneren Wesen gestört und boten den Kindern wenig heimische und schützende Geborgenheit. Dazu kommt noch, dass auch die Ehe der

Eltern oft recht spannungsgeladen ist. Nicht selten spielt dabei gerade das Kind und die Schwierigkeiten, die es macht, eine wichtige Rolle. Bei der Untersuchung der sozialen Umwelt der Enuretiker treten daher die Eltern immer deutlicher in den Blickpunkt des Interesses.

3) Die Eltern:

Unter den Erziehern und Miterziehern (PROBST 1957) nehmen die Eltern durch ihre Funktion innerhalb der Erziehung und der Familie eine besonders hervorragende Stelle ein. Die Rolle der Mutter für die Entwicklung des Kindes während der frühen Kindheit wurde bereits dargestellt. Besonders wichtig erscheint die Bindung zwischen Mutter und Sohn (VETTER 1959), zumal die Mutter im frühen Kindesalter grundsätzlich einen Erlebnisprimat vor dem Vater hat. Aber auch während der weiteren Erziehungsjahre nach der frühen Kindheit spielen die Eltern immer eine ausschlaggebende Rolle für die Entfaltung und Prägung ihrer Kinder. Wir sprechen im folgenden allerdings nur von den Erziehungseltern, die also nicht immer und grundsätzlich die leiblichen Eltern zu sein brauchen, wenn sie es auch in den meisten Fällen sind. Wir haben auch bewusst darauf verzichtet, die Heimkinder bei der Besprechung der Elternsituation auszuschneiden, da ihre anderweitige Unterbringung nicht zuletzt auch durch die Eltern mitbedingt wurde. Zudem war auch bei einer Heimunterbringung die Beziehung zwischen Eltern und Kindern nur in Einzelfällen vollständig unterbrochen.

Wenn wir über die Eltern sprechen, müssen wir auch noch einmal kurz auf die bereits erwähnten sozialen und wirtschaftlichen Belastungen hinweisen, denen im folgenden noch weitere hinzuzufügen sind:

	<u>Enuretiker</u>		<u>Kontr.Gr.</u>	
Eltern (-teil)viel oder länger krank	12	6,0 %	161	8,4 %
Straffälligkeit der Eltern	16	8,0 %	128	6,7 %
Psychose, Psychopathie, Schwachsinn, Selbstmord im Erbumkreis	77	38,5 %	379	19,8 %

Die geschilderte Situation wird durch diese Angaben nur geringfügig verändert. Erstaunlich hoch sind die Störungen verschiedener Art, die im Erbumkreis auftreten. Eine Belastung der Kinder kann zwar nicht ganz ausgeschlossen werden, ein direkter Zusammenhang wird aber auch in Einzelfällen nicht deutlich.

Die weit grösserer Bedeutung scheinen uns die Faktoren zu sein, die direkt und unmittelbar im Erziehungsmilieu liegen. Es soll aber nur noch einmal kurz auf die Bedeutung hingewiesen werden, die die Ehe der Eltern und vor allem die Berufstätigkeit der Mutter für die Erziehung hat (die Zahlen wurden bereits angeführt). Ferner ist an den Zusammenhalt, an das tägliche Zusammenleben der Familie zu erinnern.

Man wird dem Kern der Störungen wesentlich näher rücken, wenn man die Wesensart der Eltern ins Auge fasst, die über den Weg der Vererbung und vor allem über die Erziehung (als Prägung im weitesten Sinn des Wortes verstanden) auf das Kind einwirken kann. Väter und Mütter der Enuretiker stellten natürlich in ihrer individuellen Wesensart eine unübersehbare Vielfalt dar. Man kann sie auch nur schwer miteinander vergleichen, da sie selbst bei gleicher oder ähnlicher Art verschieden gewichtig in der Entstehung der Fehlhaltung mitwirken. Sie müssen immer in der konkreten Erziehungssituation gesehen werden. Nach dem Vorbild von KEMPER (1949) und SCHWIDDER (1951) ordneten wir die Väter und Mütter der von uns untersuchten Enuretiker nach den Dominanten ihrer charakterlichen Haltung, wie sie im Verhalten sichtbar wurden (RUPPERT 1959). Die Ergebnisse sind auf Tabelle 7 dargestellt.

Methodisch war es dabei wichtig, möglichst viele konkrete Beobachtungen über die Eltern und ihren Lebensraum zu erhalten. In unserer Arbeit zugrunde liegenden Gutachten enthielten jeweils eine Charakteristik der Eltern, die meist Erscheinungsform, Verhalten und charakterliche Haltung umfasste. Sie war aus der konkreten Begegnung mit den Eltern gewonnen.

Neben dieser Beurteilung der Eltern wurden wiederum die Berichte aus den Akten benützt, die im allgemeinen nicht nur eine Schilderung der Wohnung und der sonstigen Lebensumstände enthielten, sondern auch zahlreiche Beobachtungen über das Verhalten der Eltern in verschiedenen Situationen. Im allgemeinen konnte man aus ihnen auch bereits sehr viel über das Vorleben und den Ruf der Eltern entnehmen (in Einzelfällen standen sogar Akten über die Eltern oder einen Elternteil zur Verfügung).

Wir gingen also nicht nur von Gelegenheitsbeobachtungen aus, sondern suchten nach Beurteilungen, die von verschiedenen Seiten her kamen und sich über längere Zeit hinweg erstreckten. Dabei stand immer das konkrete Verhalten der Eltern (auch hier immer als "Erziehungseltern" verstanden) im Mittelpunkt.

Die auf diese Weise gewonnenen Charakterisierungen wurden nach ihren Dominanten in verschiedene Gruppen eingeteilt, die sich beim Vergleich ergaben.

Die Einstufung erfolgte durch einen **rater**.

Schon von ihrer Entstehung her besitzen die erwähnten Gruppen nur heuristische Bedeutung. Sie sollten lediglich dazu dienen, die empirisch gewonnenen Daten nach Schwerpunkten zu ordnen. Auf die Begrenztheit und fragliche Zuverlässigkeit der Quellen wurde bereits allgemein hingewiesen.

Es ist noch darauf hinzuweisen, dass unter der Rubrik "nicht bekannt" nicht nur verstorbene oder überhaupt unbekannte Eltern gezählt sind, sondern auch Eltern der Heimkinder, die nicht persönlich erlebt werden konnten und auch in den Akten nicht in Erscheinung traten.

Wenn wir die gewonnenen Zahlen vergleichen, können wir feststellen, dass der Vater bei der Entstehung der Enuresis offenbar eine geringere Rolle spielt als die Mutter, was durch deren erzieherische Bedeutung (besonders bei der Reinlichkeitserziehung) von vornherein klar ist (vgl. dazu die Bedeutung des Vaters bei der Genese des Stotterns - FLOSDORF 1960, ferner allgemein SCHOLL 1958). Im Vordergrund stehen besonders die nervösen und labilen Mütter, daneben fallen aber noch die kühlen und harten,

Tabelle 7

Charakterliche Haltung der Väter und Mütter von
200 Enuretikern

Mütter:

nicht bekannt	15	7,5 %
ruhig, natürlich, aufgeschlossen, geordnet	17	8,5 %
zart, unruhig, sensibel	7	3,5 %
abgespannt, nervös, überlastet, labil, reizbar	27	13,5 %
ängstlich, unsicher, weich, nachgiebig	21	10,5 %
robust, derb, hart, streng	12	6,0 %
kühl, herb, egozentrisch, eigenwillig	16	8,0 %
lebhaft, rasch, temperamentvoll	21	10,5 %
primitiv, einfach, derb	10	5,0 %
phlegmatisch, faul, verwahrlost	7	3,5 %
labil, ungeordnet, weich, inkonsequent	32	16,0 %
depressiv, ordentliche, aber freudlose pflichterfüllung	9	4,5 %
schwere geistige, charakterliche oder soziale Störungen	6	3,0 %

Väter:

nicht bekannt	42	21,0 %
ruhig, ausgeglichen, häuslich	41	20,5 %
solid, fleissig, aber nervös und abgeschafft	10	5,0 %
weich, labil, unsicher, ängstlich, unreif	7	3,5 %
großspurig-angeberisch, dabei innerlich un- sicher, egozentrisch, affektlabil	10	5,0 %
primitiv, grob, derb, laut, heftig	28	14,0 %
stur, hart, autoritär (oft pedantisch starr)	13	6,5 %
weich, gutmütig, inkonsequent, wenig Energie	19	9,5 %
schwere geistige, charakterliche oder soziale Störungen	30	15,0 %

sowie die primitiv-verwahrlosten Mütter auf. Bei den Vätern finden wir neben den harten und lauten Männern besonders häufig gutmütig-weiche und andererseits nervöse und unsichere Väter.

Die Tatsache, dass die Väter bei der Fehlentwicklung der Enuretiker keine so bedeutende Rolle spielen wie die Mutter, ist aber nur bedingt richtig. Das Bild ändert sich nämlich, wenn man die Familie als Ganzes oder die Ehe der Eltern allein betrachtet. Hier lässt sich in zahlreichen Einzelfällen feststellen, dass durch den Vater und seine Wesensart Spannungen entstanden sind, die sich erst sekundär störend auf die Entwicklung der Kinder auswirken und zwar über die erzieherische Haltung der Mutter. Der ursprüngliche Konflikt innerhalb der Familie hat seinen Ursprung also oft gar nicht primär zwischen Mutter und Kind, sondern zwischen Vater und Mutter. Die gestörte Mutter-Kind-Beziehung bleibt aber für unsere Untersuchung dennoch (in zahlreichen Fällen sogar allein) der eigentliche Störungsherd.

Auch KEMPER (1949) und SCHWIDDER (1951) stellen die Bedeutung der Wesensart der Mutter in den Mittelpunkt ihres Interesses. Sie betonen vor allem die Häufigkeit, mit der sie bei ihren Untersuchungen neurotische Mütter fanden, die durch die meist schwierigen Kinder und ihre Probleme überfordert wurden. In den meisten Fällen konnten sie nachweisen, dass die Kinder der Mutter unerwünscht waren. Auch bei unseren Untersuchungen und Elternberatungen trat dieser Verdacht sehr häufig auf, wenngleich er nicht in jedem Fall bestätigt werden konnte. Es blieb nämlich oft unklar, ob die Mutter das Kind von jeher ablehnte, oder ob diese Ablehnung erst auf Grund der erzieherischen Schwierigkeiten entstand. Gerade die Enuresis mit ihren unangenehmen äusseren Folgen scheint diese sekundäre Ablehnung häufig nach sich zu ziehen. Allerdings wird man nicht umhin können, in den meisten Fällen einen früher einsetzenden "Wir-Bruch" (KÜNKEL) anzunehmen. Im allgemeinen ist also die gestörte Mutter-Kind-Beziehung nicht erst die Folge, sondern bereits die Ursache der Schwierigkeiten. WALDECK (1961) baute die Gedankengänge SCHWIDDERs und KEMPERs noch weiter aus und unterschied drei Haupttypen der gestörten Mutter-Kind-Beziehung: die überfordernde, verzärtelnde und vernachlässigende Mutter.

sen wir unsere Ergebnisse schematisch zusammen, so finden wir den Müttern mit negativer erzieherischer Haltung:

nervöse, unsichere, labile, weiche Frauen	in 24,0 %
kühle, harte, strenge Frauen	in 14,0 %
primitive, verwahrloste Frauen	in 24,5 %.

Väter zeigen zum Teil mehr positive Züge. Dennoch fielen durch e negative erzieherische Haltung auf:

nervöse, unsichere, labile Männer	in 8,5 %
primitive, derbe, harte Männer	in 20,5 %
weiche Männer mit geringer Energie	in 9,5 %.

m Vergleich unserer Befunde mit der Darstellung WALDECKs 61) konnten wir die Behauptung, unter den Müttern der Enureter trete die überfordernde Mutter sehr häufig auf, durchaus nahen. Unsere Ergebnisse sprechen aber gegen die Behauptung genannten Autors, vernachlässigende Mütter kämen sehr selten . In unserem Untersuchungsmaterial ist das durchaus nicht der l: ein Fünftel aller Mütter bestand aus primitiven, verwahrten Frauen, die ihren Kindern nur geringe erzieherische Anre-gen geben konnten. Diese Tatsache kann aber durchaus durch a Auswahl der von uns untersuchten Kinder bedingt sein(1).

Verhältnis der untersuchten Enuretiker zu ihren Eltern war teilweise schwer gestört. Die Kinder befanden sich meistens in er Konfliktsituation. Aber nur in 11,5 % handelte es sich keinen situationsbedingten Konflikt aus aktuellem Anlass. entlich häufiger bestand ein chronischer, bereits lang anhal-der Konflikt, der bereits zu einer Fehlhaltung geführt hatte. mag an dieser Stelle interessieren, auf wen sich diese Span-gen bezogen. Bei den folgenden Angaben sind natürlich nur we-tliche Schwerpunkte erfasst und nicht jede auftretende Span-g:

	<u>Enuretiker</u>		<u>Kontr.Gr.</u>	
Vaterkonflikt	33	16,5 %	245	12,8 %
Mutterkonflikt	43	21,5 %	265	13,8 %
Stiefelterkonflikt	23	11,5 %	160	8,4 %
Geschwisterkonflikt	43	21,5 %	173	9,1 %

Zwischen den Elterngruppen und den Enuretiker-Gruppen A - E fand sich kein eindeutiger Zusammenhang.

Am häufigsten bestehen Spannungen zur Mutter und zu den Geschwister. Das ist nicht verwunderlich, wenn man die Rolle dieser Lebenspartner in der Familie berücksichtigt (RUPPERT 1952, VETTER 1959, 1960 a). Beim Geschwisterkonflikt liegt häufig eine Eifersuchtsreaktion einem Nachgeborenen gegenüber oder die Rivalität einem älteren Geschwister gegenüber vor.

Egon (13;0 Jahre) schwänzt die Schule, streunt und läuft oft von daheim weg. Er lügt auch viel und nass etwa seit dem 10. Lebensjahr erneut ein. Die Schwierigkeiten fingen an, als die Mutter eine Arbeit aufnahm. Der Haushalt wurde während ihrer Abwesenheit von der älteren Schwester Egons geführt, einem kräftigen, resoluten Mädchen, das absoluten Gehorsam von den Geschwistern verlangte und sie offenbar auch erheblich schikanierte. Als Egon sich dagegen auflehnte, kam es zu Streitigkeiten. Die Eltern standen auf der Seite der Schwester und strafte Egon häufig, zum Teil auch ungerecht. Seither gefällt es dem Jungen daheim nicht mehr, er reisst einfach aus und läuft davon.

4) Erziehungshaltung und Familienatmosphäre:

Hinter und neben den genannten Konflikten stehen die erzieherische Fehleinstellungen der Erwachsenen, die dem Kind oft nicht das (seelisch) Lebensnotwendige geben können (SPITZ 1957, 1960). Wir finden hier in erstaunlicher Häufung erzieherische Extremsituationen, die grundsätzlich als ungünstig betrachtet werden müssen (RUPPERT 1952, 1959, KANNER 1954).

Bei der Beurteilung der erzieherischen Haltung und Einstellung begegnen wir ähnlichen methodischen Schwierigkeiten wie bei der Beurteilung der Eltern selbst. Der Untersucher war zunächst nur auf die (nicht immer zuverlässigen) Angaben der jeweiligen Erzieher und der Kinder angewiesen. Zur objektiven Beurteilung waren also möglichst direkte und mehrfache Beobachtungen dritter Personen notwendig. Die Eltern und Kinder mussten dabei vor allem in ihrer häuslichen Umgebung beim täglichen Zusammenleben geschildert werden.

Neben den Besprechungen und Beratungen des untersuchenden Psycho-

gen dienten als Quellenmaterial also vor allem die Hausbesuche und Gespräche der betreuenden Fürsorgerin, die Beobachtungen der Kindergärtnerinnen, Lehrer etc..

Diese Berichte sollten über Gelegenheitsbeobachtungen hinausführen und erstreckten sich daher meist über längere Zeiträume. Es wäre eigentlich notwendig gewesen, während dieser Zeit (d.h. während der Entwicklung der Kinder) auch immer wieder Interviews über die erzieherische Einstellung der Eltern durchzuführen. Da dies nicht gemacht werden konnte, ist die Zuverlässigkeit unserer Erhebungen teilweise in Frage gestellt.

Dazu kommt noch, dass die Atmosphäre einer Familie weitgehend durch gefühlshafte Faktoren mitbestimmt wird, die sich nur schwer in Kategorien fassen lassen, zumal sie den Erziehern und Kindern selbst oft gar nicht klar bewusst sind.

Wir versuchten trotz dieser erheblichen Schwierigkeiten, die erzieherische Haltung und Familienatmosphäre, in der die Enuretiker aufwuchsen, durch ihre zutage tretenden Dominanten zu erfassen. (1)

Im folgenden geben wir einen Überblick über die Befunde bei der Untersuchung der Umgebung der Enuretiker. Ein Kind kann in den nachfolgenden Aufstellungen natürlich in verschiedenen Rubriken gezählt sein, da diese sich überschneiden.

	<u>Enuretiker</u>		<u>Kontr.Gr.</u>	
Mangel an Autorität, Hilflosigkeit	26	13,0 %	389	20,3 %
Verwöhnung, Nachgiebigkeit	33	16,5 %	339	17,8 %
Überängstlichkeit, Gängelung	13	6,5 %	119	6,2 %
Vernachlässigung	112	56,0 %	277	14,5 %
Benachteiligung	27	13,5 %	109	5,7 %
Überforderung	26	13,0 %	256	13,5 %
Schimpfen und Überstrenge	74	37,0 %	453	23,7 %
Misshandlung	32	16,0 %	61	3,2 %
Verwahrlosungserscheinungen	59	29,5 %	515	26,9 %

1) Die Einstufung erfolgte durch einen Rater. Zur Begründung der Kategorien vgl. RUPPERT 1952, KANNER 1954.

Die Gruppe der Enuretiker ist im ganzen stärker belastet als die Kontrollgruppe. Es zeichnet sich klar ab, dass die Enuretiker nur recht selten verwöhnt werden, sondern viel häufiger unter dem Gegenteil, der Vernachlässigung und der Überstrenge leiden. Sie werden offenbar häufig benachteiligt, werden oft geschimpft und bestraft, in sehr grosser Zahl sogar misshandelt. Die Atmosphäre ist in den meisten Fällen nur wenig warm, herzlich und freundlich.

Der 10;3-jährige Dieter ist faul und muss zu jeder Schulaufgabe getrieben werden. Er lügt und stiehlt (vor allem auch in Kaufhäusern), schwänzt die Schule und streunt viel draussen herum. Man kann ihn nach Angaben der Eltern nicht nachhaltig beeindrucken.

Dieter ist von jeher Bettnässer. Bis zur Einschulung hat er auch in die Hosen genässt. Das ist jetzt vorbei, dafür kotet er aber ein.

Die Schwierigkeiten setzten ein, als der Junge durch die Schule straffen Leistungsanforderungen konfrontiert wurde. Sein erster Lehrer wusste ihn richtig anzupacken, nach dem Lehrerwechsel ging aber alles schief.

Der Vater, ein primitiver roher Trinker, kennt nur brutale Erziehungsmethoden. Er schlägt den Jungen manchmal blutig, hat ihn auch schon an eine Kette gebunden, um ein Ausreissen zu verhindern. Sein Verhalten ist völlig unberechenbar: er kann einmal brutal und streng, dann aber wieder gleichgültig und nachlässig sein. Die ganze Familie lebt in Angst vor dem Vater.

Neben der Vernachlässigung spielt vor allem die Inkonsequenz in der Erziehung eine wichtige Rolle. Das sehen wir nicht nur an Einzelfälle wie dem eben geschilderten, es lässt sich auch statistisch feststellen. 61 Kinder (= 30,5 %, bei der Kontrollgruppe 388 Kinder = 20,3 %) leiden in besonders auffallender Weise unter dieser inkonsequenten Haltung der Eltern. Dieser Befund weist uns, zusammen mit den seitherigen Ergebnissen, noch deutlicher auf die Hintergründe der Schwierigkeiten hin. So finden wir:

	<u>Enuretiker</u>		<u>Kontr.Gr.</u>	
Mangel an Liebe und Anerkennung	109	54,5 %	377	19,8 %
gestörtes Vertrauensverhältnis	98	49,0 %	395	20,7 %

er stehen hier im Kern der Störung: bei den Enuretikern ist das Vertrauensverhältnis zwischen Mutter und Kind offenbar gestört, ist manchmal sogar gar nie aufgebaut worden. Daher kann den Kindern auch das Erlebnis der warmen, schützenden und bergenden Atmosphäre nicht vermittelt werden. Sie leben in einem Gefühl der Verlorenheit und entwickeln gerade von hier her ein übertriebenes Anlehnungsbedürfnis. Die mangelnde Geborgenheit in der familiären Umgebung lässt sie auch ohne inneren Halt; sie sind oft infantilerweise an die Eltern oder einen Elternteil fixiert, ohne richtig in der Familie verwurzelt zu sein. Gerade deshalb, weil die soziale Verwurzelung in Frage gestellt ist, fallen sie auch äusseren Einflüssen leichter anheim und lassen sich von ihnen treiben.

Es hängt weiterhin von der Wesensart und Haltung der Eltern, vom Lebensraum des Kindes überhaupt ab, ob sich die dadurch begründete Fehlentwicklung auf dem Boden einer Verwahrlosung oder einer akutisierend verstärkten Konflikthaltung abspielt. Auf jeden Fall ist durch die aufgezeigten Faktoren vom sozialen Raum her ein psychisches Spannungsfeld aufgebaut, das die Fehlentwicklung grundlegend bedingt. Das weitere Schicksal des Kindes in diesem Feld hängt neben äusseren Faktoren auch wesentlich von seiner Charakterstruktur ab, sowie von seiner Fähigkeit, diese Spannungen zu verarbeiten.

Der jetzt 9;3-jährige Helmut kam mit 5 Jahren, als beide Eltern krank wurden, in ein Kinderheim. Nach 1/4 Jahr wurde er in ein anderes Kinderheim verlegt, von wo er nach einem weiteren Jahr in eine Pflegefamilie auf dem Lande vermittelt wurde. Dort soll er angeblich viel Prügel bekommen haben, musste auch viel arbeiten und war unsauber untergebracht. Dort begann auch sein Einnässen. Wenn sein Bett nass war, bekam er keine frische Decke, sondern einen Sack. Nach einem Jahr kam er zurück in das zweite Kinderheim, von wo aus ihn die Eltern nach einem weiteren 3/4 Jahr wieder nach Hause nahmen.

Der Junge schläft heute unruhig, schreckt immer wieder auf und steht auch im Schlaf auf. Er leidet immer noch unter den Nachwirkungen von Angsterlebnissen, die ihn beunruhigen und die in Angstträumen zum Ausdruck kommen. Er erlebt die Welt als aggressiv und bedrohlich, weicht Auseinandersetzungen unsicher aus. Die Eltern kümmern sich nicht genügend um das Kind und geben ihm dadurch auch keine Geborgenheit, in der es seine Erlebnisse verarbeiten kann.

In Tabelle 8 wurde noch einmal versucht, den Zusammenhang zu erfassen, in dem die von uns unterschiedenen charakterologischen Enuretiker-Gruppen mit bestimmten Erziehungssituationen (oder besser: erzieherischen Haltungen der Familie) stehen.

Die dabei benützten Kategorien (a - i) ergaben sich bei der Gruppierung des empirischen Materials nach Schwerpunkten. Es sollte vermieden werden, das Material nur durch starre (und vielleicht einseitige) Schemata zu gliedern. Die gewonnenen Kategorien haben dadurch natürlich nur heuristischen Wert und sind auch nur bedingt zuverlässig. Bei Veränderungen des zugrunde gelegten Materials werden auch sie sich ändern.

Die Einteilung in die verschiedenen Kategorien erfolgte durch einen Rater auf der Grundlage der schon mehrfach erwähnten möglichst umfassenden Quellen. Es wurde darauf geachtet, dass immer konkrete Schilderungen zugrunde lagen.

Vor der Interpretation unserer Befunde ist es zweckmässig, die charakterologischen Gruppen A - E der Enuretiker stichwortartig zusammengefasst noch einmal in Erinnerung zu rufen.

- A: Leichtblütige, gefühlsweiche Enuretiker von zarter Konstitution, die etwas retentionsschwach wirken und durch eine unruhig-ungefestigte Haltung gekennzeichnet sind.
- B: Aufgeschlossene, extravertierte Kinder, die auch wenig Retentionsfähigkeit zeigen, aber aktiver und durchsetzungskräftiger sind. Sie reagieren bei starker innerer Unruhe meist aus einem impulsiven Antrieb heraus, sind oft auch launisch und eigenwillig.
- C: Sensible und emotional leicht störbare Kinder (häufig Jugendliche), die durch ihre intellektuelle Steuerung ruhig wirken, im Kontakt aber unsicher und verhalten bleiben.
- D: Unsichere, in sich verkrochen wirkende Kinder, die in ihrer passiv-resignierenden Haltung einen ängstlichen und entmutigten Eindruck machen.
- E: Wenig differenzierte, oft primitive Enuretiker, deren Intelligenz häufig unter dem Durchschnitt liegt. Sie leben ihre impulsiven Regungen und wenig gesteuerten Antriebe in derber Weise aus. Es handelt sich oft um vernachlässigte und ungepflegte Kinder.

Zusammenhang der Enuretiker-Gruppen mit spezifischen Erziehungssituationen

(vgl. S.157f.)

Erziehungs- Situation	A		B		C		D		E		F		Zus.	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
a	6	10,-	3	4,6	3	13,7	-	-	2	6,2	1	-	15	7,5
b	7	11,7	11	16,9	5	22,8	6	35,3	4	12,5	-	-	33	16,5
c	10	16,7	5	7,7	4	18,2	2	11,8	1	3,1	-	-	22	11,-
d	1	1,7	5	7,7	2	9,2	4	23,5	1	3,1	-	-	13	6,5
e	4	6,6	21	32,4	1	4,5	-	-	12	37,5	3	-	41	20,5
f	17	28,4	6	9,2	4	18,2	2	11,8	3	9,4	-	-	32	16,-
g	7	11,7	10	15,4	1	4,5	1	5,9	2	6,2	-	-	21	10,5
h	3	5,-	3	4,6	1	4,5	1	5,9	6	18,8	-	-	14	7,-
i	5	8,3	1	1,5	1	4,5	1	5,9	1	3,1	-	-	9	4,5
	60		65		22		17		32		4		200	

a = warmherziges Angenommensein, Vertrauen und Geborgenheit;

b = offenes Zurückstossen des Kindes, Ablehnung, oft mit Überstrenge und Misshandlung;

c = einengende Dressur, dauernde strenge fordernde Erziehung mit perfektionistischen Zügen;

d = Overprotection, Einengung durch Überbesorgtheit, meist mit Verwöhnung;

e = Verwahrlosung durch Vernachlässigung und Mangel an Pflege und Betreuung, geringer Einfluss der Eltern

f = kalte Erziehung, bei der das Kind nur äußerlich an Pflege und Betreuung, aber nicht angenommen wird;

g = Inkonsistenz durch ambivalente, uneinheitliche oder 2-Gleisige Erziehung;

h = Kind war die meiste Zeit in Heimerziehung;

i = nicht einzuordnen.

Beim Vergleich der Zahlen in Tabelle 8 wird ein Bezug zwischen den verschiedenen Enuretiker-Gruppen und bestimmten erzieherischen Haltungen der Umgebung deutlich (der Zusammenhang ist allerdings statistisch nicht gesichert).

Während Kinder der Gruppen A und C vor allem in einer kühlen Atmosphäre mit einengender und fordernder Erziehung heranwachsen, finden wir bei den Kindern der Gruppe B an erster Stelle die vernachlässigende Haltung der Umgebung (bei zahlreichen inneren Spannungen und Ambivalenzen im Milieu). Auch die Kinder der Enuretiker-Gruppe D werden häufig abgelehnt und überstreng behandelt. Bei der Gruppe E steht dagegen wieder die Vernachlässigung deutlich im Vordergrund. Kinder dieser Gruppe waren oft lange Zeit in Heimerziehung.

Von inkonsequenter Erziehung wurde nur dann gesprochen, wenn diese Haltung nicht nur die Störung mitbedingte, sondern ganz auffallend in den Vordergrund trat. Im ganzen kann aber gesagt werden, dass gerade die Inkonsequenz als übergreifender Befund sich bei allen genannten erzieherischen Haltungen findet, ebenso wie die geringe Wärme und Geborgenheit. Die untersuchten Enuretiker sind durch die Unruhe und Gespanntheit des erzieherischen Milieus häufig innerlich beunruhigt und entwurzelt.

An diesen Befunden wird noch einmal deutlich, dass die von uns untersuchte Haltung und Einstellung der Enuretiker nicht in erster Linie als Ursache, sondern als Folge des Leidens, als Antwort auf die gestörte Situation zu verstehen ist. Die charakterologische Gruppierung bringt lediglich die jeweilige Verschiedenartigkeit dieser Antworten zum Ausdruck.

5) Zusammenfassung:

Wir fanden bei der Untersuchung der sozialen Umwelt der Enuretiker zahlreiche Belastungen äusserer Art. Sie können sicher zur Entstehung und Festigung der enuretischen Fehlhaltung beitragen, sind aber wohl kaum ausschlaggebend. Es ist vielmehr häufig so, dass diese situativen Belastungen nicht durch die gesunde Struktur der Familie aufgefangen werden und dadurch erst zu einem Milieuschaden beim Kind führen. Die Atmosphäre der Familie, in der die Enuretiker aufwachsen, ist meist durch starke innere Spannungen gestört, auch die erzieherische Haltung ist gespannt und unausgeglichen. Die Enuresis kann durch äussere Belastungen ausgelöst werden, wird oft auch durch das Aufhören

eser Belastungen (z.B. bei einer anderweitigen Unterbringung) beseitigt. Es gibt also, worauf bereits DÜHRSEN (1955) hinweist, keine eindeutig belastende Situation bei der Entstehung der Enuresis. Wir müssen vielmehr allgemein von Belastungen im Sinne des "Stress" (SELYE 1957) sprechen. Neben diesen auslösenden Faktoren, die in der momentanen Situation der Kinder zum Vorschein kommen, finden wir aber weitere Faktoren, die eine Störung überhaupt erst ermöglichen.

Die Schwierigkeiten setzten im allgemeinen bereits in der frühen Kindheit ein und verstärkten sich dann im Laufe der Entwicklung immer mehr. Die Entstehungsbedingungen dieser Fehlentwicklung (mit dem Symptom der Enuresis) werden zweifellos zu einem grossen Teil in der frühen Kindheit (besonders während der Reinheitserziehung) gelegt, wobei die Haltung der Mutter ausschlaggebend zu sein scheint (SCHOTTLÄNDER 1952). Aber auch während der weiteren Entwicklung wird die Fehlhaltung des Kindes durch die Haltung seiner Umgebung geprägt und geformt. Besonders belastend sind hier störende Spannungen und Konflikte in der Atmosphäre der Familie, die sich teilweise verschiedenen Enuretiker-Gruppen akzentuierend zuordnen lassen.

Als wesentliche und übergreifende Befunde konnten wir feststellen, dass die Kinder meist unter einer inkonsequenten und uneinmütlichen erzieherischen Haltung der Umgebung in gespannter und unausgeglichener Atmosphäre aufwuchsen. Ein Mangel an Geduld und warmherziger Zuwendung zum Kind war in zahlreichen Fällen deutlich. Diese Faktoren stellen die Grundzüge der gestörten Umgebung beim Enuretiker dar. Sie werden bei den einzelnen Enuretikern in verschiedener Form durch die individuelle Haltung der Eltern und Erzieher abgewandelt. Wir fanden neben der überfordernden und überstrengen Haltung nicht nur die Verharmlosung durch die Eltern, sondern vor allem auch die Verwahrlosung der Kinder durch den Mangel an erzieherischer Pflege und Betreuung.

V) Die Psychosozio-genese der Enuretiker

Das chronische Einnässen ist kein isoliertes somatisches Leiden, sondern eine Fehlhaltung des Gesamtorganismus, die nur durch das Zusammenspiel der gestörten Persönlichkeit mit den Gegebenheiten ihrer jeweiligen Umgebung und ihrer momentanen Situation interpretiert werden kann. Man kann durch die Untersuchung der Enuretiker zwar eine Reihe gemeinsamer Wesenszüge feststellen, im Grunde bleibt aber jedes Einzelschicksal nur individuell verständlich. Wir sprechen daher auch meist vom Enuretiker und nur selten von der Enuresis, da wir in ihr kein einheitliches Störungsbild sehen: bei gleichem Symptom kann der tragende Hintergrund jeweils völlig verschieden sein.

Es ist bei unseren Untersuchungen nicht gelungen, das chronische Einnässen der Enuretiker auf eine oder mehrere fest umgrenzte Ursachen zurückzuführen. Die Störung baut sich vielmehr aus einem Komplex zahlreicher verschiedenartiger Bedingungen auf, die in jedem Fall verschieden akzentuiert sind. Wir sprechen daher von einem Bedingungsgefüge, das die Entstehung und Strukturierung der untersuchten Fehlhaltung ermöglicht. Dabei ging es uns nicht darum, die Bedeutung aller bedingenden Faktoren zu klären; wir versuchten lediglich, einige der bedeutendsten herauszuheben. Es sind vor allem zwei grosse Faktorenreihen, durch deren Zusammenspiel die komplizierte Struktur des Einnässens geschaffen wird: die Wesensart und die individuelle Erlebnisweise des Enuretikers einerseits und die ihr korrespondierende Atmosphäre der Umgebung andererseits.

In den vorhergehenden Abschnitten über die Untersuchungen zur Psychogenese und zur Soziogenese konnten zahlreiche belastende Züge dargestellt werden. Jetzt aber geht es uns um den ganzheitlichen Zusammenhang dieser verschiedenen Faktorenreihen. Dabei sind wir durch das grundlegende Material unserer Arbeit gezwungen, von der momentanen Situation der Enuretiker auszugehen. Erst auf Grund des gewonnenen Querschnittsbildes und der Anamnese ist es dann möglich, auf die Entwicklung der Enuretiker und ihren Fehlhaltung zurückzuschliessen.

1) Die Bedeutung der Enuresis und ihr Stellenwert im Gesamtgefüge der Lebenshaltung:

Das Einnässen kann eine aktuelle Reaktion darstellen, es kann aber auch zu einer Fehlhaltung werden. Das auftretende Symptom wirkt dabei durchaus nicht wie ein Fremdkörper im Lebensstil der Enuretiker, sondern gliedert sich meist zusammen mit einigen anderen Symptomen in ihre allgemeine Lebenshaltung ein, deren persönliche Färbung es übernimmt und der es wiederum eine bestimmte Färbung verleiht. Als Grundlage finden wir immer einen Konflikt der Persönlichkeit, der aus der aktuellen Situation entstanden sein kann oder aber bereits verschleppt und damit chronifiziert ist. Je länger dieser Konflikt bereits andauert, um so tiefer ist er in die persönliche Lebenshaltung eingeprägt und erzeugt hier bereits innerpsychische Spannungen. Die Frage, ob es sich bei der Enuresis um das Symptom einer Verwahrlosung oder einer Neurose handelt, lässt sich nicht eindeutig nach der einen oder anderen Seite beantworten. Wir müssen uns hier der Meinung SCHWIDDERS (1951) anschließen, der in der Enuresis ein Gemisch von Neurose und latenter Verwahrlosung sieht. Er erwähnt auch die häufige Ersetzung des Einnässens durch ein Verwahrlosungssymptom (bes. durch das Stehlen) und sieht daher in der Verwahrlosung der Enuretiker einen Durchbruch propulsiver Antriebe, der die Enuresis unnötig macht.

Die Enuresis wird anfangs als aktueller Konflikt mit den Gegebenheiten der Umwelt geschaffen, stellt also zu Beginn sehr häufig eine Störung im Sinne einer Fremdneurose dar, die sich aber im weiteren Verlauf zu einer tiefgreifenderen Fehlhaltung verschärft und so zu einer Schichtneurose oder gar in besonders massiven Fällen zu einer Kernneurose wird. Wir verstehen dabei unter Fremdneurosen mit I.H. SCHULTZ (1958, S. 304) diejenigen Neurosen, deren hauptwertiges psychologisches Quellgebiet in Umweltfaktoren gegeben ist, Neurosen also überwiegend exogenen Charakters, aus "allopsychischen Konflikten". Bei den Schichtneurosen (a.a.O., S. 25) entstehen die Störungen auf Grund endopsychischer Konflikte. Es handelt sich hier im wesentlichen um Affektprobleme." Die Kernneurosen (a.a.O., S. 351) werden "nach ihrem hauptwertigen

psychologischen Quellgebiet als "charakterogen" gekennzeichnet. "Der typische Konflikt ist autopsychisch" (vgl. dazu auch VETTER 1960 b).

Die Fehlhaltung des Enuretikers muss also als Beziehungsstörung im sozialen Raum gesehen werden. Wir unterscheiden dabei grundsätzlich den primären Konflikt, der die Entstehungsbedingungen der enuretischen Fehlentwicklung schafft, von den sekundären Konflikten in der momentanen Situation, die die entstandene Fehlhaltung in ihrer Art und Schwere prägen und ihr eine ganz individuelle Struktur verleihen. In unseren weiteren Ausführungen soll zunächst versucht werden, die Enuresis aus dem Zusammenspiel von persönlicher Wesensart und Umwelt zu verstehen und ihre Entwicklung im individuellen Fall erklärbar zu machen.

2) Dispositionelle Grundlagen der Enuresis:

Wir verstehen unter disponierenden Faktoren die Reaktionsbereitschaft des Organismus, mit bestimmten Verhaltensweisen (etwa der Enuresis) auf bestimmte Situationen zu antworten. Diese Reaktionsbereitschaft hat als variable Ergänzungsreihe die Belastungen der jeweiligen Situation.

Der Mensch kommt sicher nicht als Enuretiker zur Welt, eine fest umgrenzte Anlage der Enuresis gibt es also nicht. Wir konnten feststellen, dass die Störung in dem von uns definierten Sinn nicht durch organische Faktoren bedingt ist. Zweifellos gibt es Bettnässer-Familien. Hier handelt es sich aber nicht um eine Vererbung des Symptoms, sondern um die Auswirkung einer Familientradition, durch die ein bestimmtes Milieu und seine Atmosphäre (samt allen Folgen) festgehalten werden.

Beim normalen Kind schreitet die Entwicklung vom physiologischen Einnässen fort zur Sauberkeit durch Beherrschung der Blasenfunktion. Dabei handelt es sich nicht nur um eine spontane Entwicklung, sondern vorwiegend um einen Lernprozess. Dieser

ernvorgang (im weitesten Sinn des Wortes) kann durch eine Fehlhaltung des Gesamtorganismus gestört werden. Wenn der Mensch also nicht als Enuretiker geboren wird, so wird er doch unter Umständen zum Enuretiker erzogen.

Aber selbst bei störungsfreiem Verlauf der Reinlichkeitserziehung kann es später wieder zum Einnässen kommen. Die Reaktionsbereitschaft ist in diesem Fall latent geblieben und wurde erst durch bestimmte Situationen ausgelöst.

Wie kommt es nun zu dieser latenten Enuretikerstruktur? Ist sie durch bestimmte Anlageeigenschaften bewirkt oder ist sie eine Folge frühkindlicher Prägung durch die Umwelt?

Diese Frage lässt sich nicht ganz eindeutig nach der einen oder nach der anderen Seite beantworten. Die Enuretiker lassen sich zwar keinem Konstitutionstypus zuordnen, verschiedene Charaktereigenschaften aus dem Vitalbereich treten aber gehäuft auf. Sie mögen zum Teil erst Folgen der Fehlentwicklung des Enuretikers sein, zum Teil sind sie aber sicherlich Voraussetzungen, die eine Störung und Fehlentwicklung überhaupt erst ermöglichen. Es ist hier an den Begriff der neurotischen Veranlagung oder des Neurotizismus zu erinnern, wie ihn EYSENCK (1959) als Dimension der Persönlichkeit herausgearbeitet hat.

Von unseren Ergebnissen ausgehend denken wir vor allem an die erhöhte seelische Affizierbarkeit der Kinder, die vitalseelisch nicht sehr belastbar sind und dadurch leicht irritiert und aus dem Gleichgewicht gebracht werden können. GOTTSCHALDT (1954, 1960) weist darauf hin, dass endothyme Persönlichkeitszüge stärker anlagebedingt sind als kortikale Züge.

Die geschilderte Störbarkeit der Kinder bildet auch eine Ansatzstelle der frühkindlichen Prägung. Was robustere Kinder noch weiter verarbeiten können, führt bei störbaren Kindern unter Umständen bereits zu einer Fehlhaltung. Durch das erzieherische Versagen kommen sie also in eine Fehlentwicklung hinein, die durch ihre Umgebung meist nicht aufgefangen wird. Die von uns untersuchten Enuretiker erhielten in vielen Fällen im Klein-

Kindalter nur eine unzureichende Pflege und Betreuung. Sie waren oft früh von der Mutter getrennt worden, konnten also die Wärme und Geborgenheit der Familie gerade in dem Alter nicht voll erleben, in dem die Grundlage zur gemeinschaftlichen Entwicklung gelegt werden sollte.

Durch das geschilderte Zusammenspiel von Kind und gestörter Umwelt wird die Entstehung einer Fehlhaltung ermöglicht. Die Art dieser Fehlhaltung (im Sinn der Störungs- oder Organwahl) wird aber durch etwas anderes bestimmt. Bei der Entstehung der Enuresis ist hier ganz besonders an die Bedeutung der Reinlichkeitserziehung zu denken, in der das Kind die erste wesentliche Auseinandersetzung mit der sozialen Umwelt erlebt. Es soll sich an die Wünsche der Erwachsenen anpassen, soll sich in die Gemeinschaft und ihre Ziele eingliedern, soll auf Verlangen Leistungen vollbringen können. Wenn es in dieser Zeit und in diesem Bereich zu Störungen kommt, ist natürlich nicht nur der Leistungsbereich gestört, durch die Reaktion der Umgebung wird auch das Selbstgefühl erheblich geschädigt. Es handelt sich um eine Störung im Verhältnis von Durchsetzung und Eingliederung, von Hingabe und Bewahrung.

Bei dieser Auseinandersetzung des Kindes mit seiner Umgebung stehen sich bestimmte Grundbedürfnisse einerseits und das Prinzip der Ordnung andererseits gegenüber. Es hängt von der Haltung der Erzieher, von der Atmosphäre des Lebensraumes ab, ob die Aufgabe der Reinlichkeitserziehung positiv gelöst wird oder nicht. Zwei extreme Formen nicht gelungener Lösung stellen die Verwahrlosung (das Kind wird nie ganz zur Sauberkeit erzogen, es sperrt sich gegen diese Erziehungsversuche oder weicht ihnen aus) und die neurotische Fehlentwicklung (meist auf einer überstarken, aber äußerlich bleibenden Dressur aufbauend) dar. In beiden Fällen wird eine Fehlhaltung des Gesamtorganismus im Sinne einer Enuretikerstruktur geschaffen, ob diese nun sofort im Symptom manifest wird oder latent bleibt.

Nachdem die Störung durch die Umgebung nicht aufgefangen werden

konnte, setzt eine Fehlentwicklung ein, in die der Enuretiker um so stärker hineingetrieben wird, je unangepasster die Haltung und Reaktion der Umgebung ist.

Wir gingen davon aus, dass es sich bei der Fehlhaltung der Enuretiker im Grunde um eine Beziehungsstörung zur Umwelt handelt. Das gestörte Kind kann sich nicht voll entfalten, da sein Lebensraum durch äussere Faktoren eingeengt oder gestört wird. Es ist nicht verwunderlich, dass zahlreiche Enuretiker auch in ihrer weiteren Entwicklung charakterlich stark retardiert bleiben und in belastenden Situationen dazu neigen, in infantile Verhaltensweisen auszuweichen. Die Beziehungsstörung der Enuretiker ist also immer eine Entfaltungsstörung (Stagnation der vertikalen und horizontalen Entfaltung nach dem Schichtenmodell von LERSCH 1956, vgl. auch BRÜCKNER o.J.), und damit im Kern auch eine Antriebsstörung. Diese kann sich im Verhalten je nach der Wesensart des Enureikers und der Haltung seiner Umgebung in zwei polaren Richtungen auswirken: es kann zur passiv-verleumten oder zur aggressiv-enthemmten Haltung führen. Grundsätzlich ist in jedem Fall die unruhig-erregte Wesensart bei geringer Retentions- und Steuerungsfähigkeit. Die Enuretiker weichen den Forderungen ihrer Situation aus, leben an ihnen vorbei.

Das normale Kind, das in einer geordneten und behüteten Atmosphäre aufwächst, entwickelt durch das Gefühl der Geborgenheit innere Stabilität und Sicherheit. Der Enuretiker dagegen zeigt wenig emotionale Festigkeit und verfügt damit auch nur über eine geringe Frustrationstoleranz. Er ist damit auch in seiner weiteren Entwicklung noch anfälliger für Störungen und emotionale Spannungen (ROSENZWEIG 1944, LEWIN 1946, BÜCKERT 1956).

Wir fassen zusammen: die Enuretiker sind vitalseelisch wenig belastbare Kinder, deren Entfaltung im frühen Kleinkindalter durch ungünstige Entwicklungsbedingungen häufig gestört ist (vor allem Störungen in der Mutter-Kind-Beziehung). Die Umgebung kann dadurch die während der Reinlichkeitserziehung auftretenden Störungen nicht positiv auffangen: es kommt zum Ansatz einer Fehlentwicklung (Bildung der latenten Enuretiker-

struktur), die sich sofort oder unter späteren Belastungen im Symptom der Enuresis auswirken kann.

Zu diesen disponierenden (ermöglichenden) Faktoren der enuretischen Fehlhaltung treten auch noch begünstigende Faktoren, die eine Fehlentwicklung unterstützen, aber nicht von sich aus begründen. Wir denken hier unter anderem auch an organische Hirnschädigungen (diffuser, nicht genau lokalisierter Art), ferner an den momentanen seelischen und körperlichen Zustand der Kinder, der für die Auslösung und Entwicklung einer Enuresis im Einzelfall wichtig werden kann. Hierher gehören alle Versuche, die Enuresis mit Ernährungsstörungen, geschwächtem Allgemeinzustand u.ä. zu begründen. Auch im Krankheitsfall ist die Belastungsfähigkeit herabgesetzt und besonders disponierte Kinder können bei erhöhten Belastungen infantil reagieren. Diese begünstigenden Faktoren setzen aber bei ihrem Wirksamwerden immer eine latente Enuretikerstruktur voraus.

In diesem Zusammenhang ist weiterhin auch daran zu denken, dass der Intelligenzmangel verzögernd und erschwerend bei der Reinlichkeitserziehung wirken kann und dass er deshalb eine begünstigende Rolle bei der Entstehung einer Enuresis spielen mag. Das trifft aber wiederum für schwachbegabte Kinder zu, die eine besondere Disposition der oben geschilderten Art mitbringen.

Begünstigend für die Auslösung einer Enuresis scheinen auch noch bestimmte Entwicklungsphasen zu sein, in denen die Kinder normalerweise eine erhöhte Erregbarkeit zeigen (BUSEMANN 1953).

3) Auslösung und Manifestierung des Symptoms:

Bei unseren seitherigen Ausführungen war immer die Rede vom Primärkonflikt, d.h. von den grundlegenden Entstehungsbedingungen, die eine enuretische Fehlentwicklung überhaupt ermöglichen. Im folgenden soll nun untersucht werden, wie die dabei geschaffene latente Enuretikerstruktur im individuellen Fall manifest wird und zum Einnässen führt.

Die meisten Enuretiker unserer Untersuchungsgruppe waren nie sauber. Bei anderen setzte das Binnlassen nach erfolgreicher einlichkeitserziehung erst später wieder ein. Bei ihnen sehen wir also besonders deutlich, dass zu der seither besprochenen ermöglichenden Wesensstruktur der Enuretiker auch noch auslösende Faktoren kommen müssen. Dabei handelt es sich unseren Ergebnissen nach nicht so sehr um traumatische Einzelerlebnisse, sondern eher um situative Veränderungen, die das Leben des Kindes in tiefgreifender Weise umgestalten, sowie um Störungen der (Familien-) Atmosphäre, durch die das Kind unter einem dauernden Druck steht oder durch die die Bildung eines seelischen Gleichgewichts verhindert oder gestört wird. Als häufig auftretende Beispiele können genannt werden: Überforderung bei der Einschulung, Belastungen durch eine inkonsequente oder vernachlässigende Erziehung, die Verdrängung aus der Rolle des einzigen bei der Geburt eines Geschwisterchens etc.. Es gibt allerdings kaum Belastungen dieser Art, die für Enuretiker ausgesprochen typisch wären. Insgesamt kann man also nur von allgemeinen Stress-Situationen (SELYE 1957) sprechen, durch welche die spezifische Labilität der Enuretiker angesprochen wird.

Wesentlicher als diese äusserlichen und bis zu einem gewissen Grad abgrenzbaren Belastungen treten die oft unterschwelligsten Spannungen und Störungen in der familiären Atmosphäre der Enuretiker hervor. Durch ihre mangelnde Geborgenheit ist ihr Lebensraum gekennzeichnet durch die Ungesicherheit, Unbeständigkeit, Beunruhigung.

Diese Belastungen sind es vor allem, die nicht nur die Fehlfunktion der Enuretiker ermöglichen und bedingen, sondern sie auch im Lauf der weiteren Entwicklung verstärken. Unter dem belastenden Druck des Lebensraumes manifestiert sich die latente Enuretikerstruktur im Symptom der Enuresis.

Wir kommt es nun zur Auslösung gerade dieses Symptoms? - Es wurde bereits betont, dass eine enge Koppelung zwischen affektiven Spannungen und den Ausscheidungsfunktionen besteht. Die-

ser Zusammenhang geht nicht nur auf die allgemeine leib-seelische Integration zurück, sondern wird vor allem während der Reinlichkeitserziehung geprägt, wo spezifische seelische Erlebnisse mit bestimmten Organen und Organfunktionen assoziativ verbunden werden. Es braucht nicht darauf hingewiesen zu werden, dass dabei auch der Bezug zum eigenen Körpergeschehen gestört werden kann (wie es eben bei den Enuretikern der Fall ist). Schon beim Normalen antwortet der Organismus unter Affektdruck oft ganzheitlicher auf eine belastende Situation, in dem er in seiner Reaktion auf eine primitivere Verhaltensstufe absinkt. Diese Reaktion tritt natürlich bei unseren labilen Kindern, die auch seelisch und charakterlich noch nicht recht festgelegt sind, häufig auf (WERNER 1959). Unter Affektdruck kommt es beim Enuretiker also zur Irradiation der innerpsychischen Spannungen und zur Abfuhr der gestauten Erregungen über die Körpermotorik, da andere Möglichkeiten der Erlebnisverarbeitung durch die Wesensart unserer Kinder nicht bereitgestellt sind. Diese Entladung erfolgt über die vielfach in der Reinlichkeitserziehung geprägten Verhaltensmuster. Mit anderen Worten: die äussere belastende Situation schafft bei den Enuretikern ein innerpsychisches Spannungsfeld, das nach Erreichen eines gewissen Höchstgrades (vgl. den Begriff der Frustrationstoleranz) sich durch die zu geringe Steuerung in diffusen Erregungen entlädt; sie werden im psychophysischen Verhalten als unruhige Verspanntheit spürbar. Den Enuretikern fehlt es also vor allem auch an Retentionsfähigkeit: sie sind nicht sachlich orientiert auf ihre Situation eingestellt, das Antriebsgeschehen ist zu wenig gesteuert, die Kinder weichen in ihrem Verhalten aus und erheben gerade diesen Verhaltensstil im Laufe der Entwicklung zu einer mehr oder weniger festgelegten Lebenstechnik. Die Erlebnisse und seelischen Regungen, die auf solche Weise entladen werden, sind offenbar recht verschiedener Natur: bei der Untersuchung treten vor allem aggressive und angstbetonte Regungen in den Vordergrund. Auf den engen Zusammenhang mit den Spannungen und der Unausgeglichenheit in der Atmosphäre der Umgebung wurde bereits hingewiesen.

4) Strukturierende Faktoren der Fehlhaltung:

Die Fehlentwicklung der Enuretiker ist mit der Auslösung des Symptoms durchaus nicht abgeschlossen, wenn sie hier auch eine sichtbare Manifestation erhielt und dadurch nach aussen deutlicher zum Vorschein kam. Beim älteren Enuretiker, der bereits jahrelang einnässt, ist die Fehlhaltung schon festgefahren, das Symptom ist chronisch geworden. Es wurde im Verlauf der Fehlentwicklung als Wirkungs- und Entlastungsmittel, als Lebenstechnik (THOMAE) in die leib-seelische Verhaltensstruktur eingebaut, hat sich verhärtet und gefestigt. In diesem Zustand ist es ubiquitär auslösbar durch verschiedene Situationen, dient also ganz allgemein zur Spannungsabfuhr. Meist ist dabei auch der Konflikt verschleppt. Der ursprüngliche Konflikt, der zur Entstehung der Fehlhaltung beitrug, kann aber auch unwesentlich geworden und durch andere ersetzt sein.

Das Symptom kann daher im Verhalten des Kindes eine verschiedenartige Bedeutung annehmen: einmal dient es nur als Warnsignal einer tiefsitzenden Störung, als Alarmzeichen einer Fehlentwicklung, bei anderen bringt es aber dem gestörten Kind selbst auch einen gewissen Krankheitsgewinn (neben der schon erwähnten Spannungsabfuhr). Das Symptom kann also sekundär finalisiert werden: es erhält unter Umständen nach dem Einbau in die gestörte Persönlichkeitsstruktur des Enuretikers einen anderen Sinn, ein anderes Ziel. Vor allem dient es der Durchsetzung bestimmter Grundbedürfnisse gegenüber der Umwelt und der Entlastung der Kinder. Mit der Fixierung wird das Symptom autonom: die Quelle der Spannungszufuhr kann durchaus wechseln, während das Symptom als funktioneller physiologischer Ablauf gleich bleibt und sich weiter einschleift (ALLPORT 1949). Der Primärkonflikt hat sich in diesem Fall verlagert, das Symptom ist jetzt Ausdruck eines anders gelagerten psychischen Spannungsfeldes.

Zur Verhärtung und Fixierung des Symptoms trägt vor allem die Reaktion der Umwelt auf die Störung des Enuretikers wesentlich

bei. Wenn z.B. ein sensibles und wenig belastbares Kind in einer Drucksituation aus Angst einmüsst, kann diese aktuelle Störung vor allem dann zur Entwicklung einer Fehllhaltung führen, wenn die Einstellung der Umgebung diesem Vorkommnis gegenüber pädagogisch ungeschickt ist und die Störung des Kindes nicht auffangen kann. Durch die Reaktion der Umgebung kann sich hier ein Ethisma (HAMBURGER 1939) entwickeln. Das Bedingungsgefüge, das zur Entstehung der Enuretikerstruktur geführt hat, wird also im Lauf der Fehlentwicklung durch reaktiv entstandene Haltungen überlagert, so dass wir später bei der Untersuchung des Enuretikers nur noch ein unzertrennbares Geflecht von disponierenden, ermöglichenden, auslösenden und reaktiven Wesenszügen finden. Zu den reaktiv entstandenen Haltungen gehört natürlich auch die Einstellung des Kindes seinem Leiden gegenüber, ob es sich nun um einen trotztigen Protest oder um ein resigniertes Sich-Gehen-Lassen handelt.

Die momentane charakterologische Struktur der Enuretiker, wie wir sie durch unsere Querschnittsuntersuchung erfassen konnten, darf also nicht als Ursache der Fehlentwicklung und der Störung verstanden werden, sondern ist bereits eine Antwort auf das Leiden (einschliesslich seiner sozialen Folgen). Die Haltung des Enuretikers stellt im Grunde einen missglückten Versuch dar, die gestörte Situation zu bewältigen.

Es gelingt der Erziehung hier oft nicht mehr, die Kinder aus ihrer Fehllhaltung herauszuholen. Dadurch verschärfen sich die Spannungen zwischen den Kindern und ihrer Umgebung und es kommt zu einem Teufelskreis: die erzieherische Situation wird immer unerträglicher und ungünstiger, weil die Störung sich verschlimmert und umgekehrt.

Die Kinder fühlen sich unglücklich in ihrer momentanen Lage. Ihre Fehllhaltung bedingt damit auch ein Missverhältnis zwischen Wollen und Können, das ihr Vertrauen in die eigenen Kräfte herabsetzt und die erstrebten Ziele gleichzeitig ins Unerreichbare verschiebt. Daneben kommt es aber auch zu einer tiefgreifenden Störung im Reifungsprozess, zu einem Konflikt zwischen Beharren und Wachsen. Die seelische Entfaltung wird eingeengt, das Kind wächst nicht in einem natürlichen und lebendigen Dialog mit der Welt weiter in

Schema der Psychosozio-genese der Enuretiker

Kinder von seelisch wenig robuster und belastbarer Konstitution mit leicht erregbarer und störbarer Wesensart

(disponierende Faktoren)

entwickeln durch ungünstige und unzulängliche Lebenssituationen (Störungen des Lebensraumes, der den Grundbedürfnissen des Kindes nach emotionaler Entfaltung nicht entspricht, Störung der Mutter-Kind-Beziehung, Fehlen der Wärme und schützenden Geborgenheit) die Grundlage einer Fehlhaltung.

(ermöglichende Faktoren)

Fehlerziehung bei der Sauberkeitsgewöhnung (als Vernachlässigung oder überstrenge Dressur) schafft den Ansatzpunkt für eine spezifische Fehlentwicklung mit dem Symptom der Enuresis.

(bedingende Faktoren)

Durch diese Faktoren wird die eigentliche Enuretikerstruktur gebildet, in der persönliche Wesensart und Prägung durch die Umwelt sich zu einer spezifischen Reaktionsbereitschaft des Gesamtorganismus verflochten haben. Bei dieser Fehlhaltung handelt es sich um eine Beziehungs- und Entfaltungsstörung, die auf den Antriebs- und Selbstgefühlbereich ausstrahlt.

Die Enuresis kann gleich oder nach einem gewissen Zeitraum durch belastende Situationen, störende Spannungen und Konflikte ausgelöst werden, die vom Kind nicht verarbeitet sind. Das innerpsychische Spannungsfeld entlädt sich in diffusen Erregungen nach vorgeprägten Verhaltensmustern über die Körpermotorik und führt damit zum Einrücken.

(auslösende Faktoren)

Die Reaktion der Umgebung fängt die Konflikte meist nicht auf, sondern verhärtet sie. Die Fehlhaltung der Enuretiker wird strukturell in die Persönlichkeitshaltung eingebaut, bezieht also auch nach Auflösung der momentanen Konflikte Energien aus anderen psychischen Quellen (Umfinalisierung und Chronifizierung).

(strukturierende Faktoren)

diese hinein, sondern bleibt in sich verspannt und verhalten.

Auf Seite 165 wurde versucht, die Faktoren zusammenzustellen, die die Fehlhaltung und Fehlentwicklung mitbedingen. Hier wird noch einmal klar, dass zur Erklärung dieser Fehlhaltung nicht nur eine Faktorenreihe herangezogen werden darf. Die Störung ist also nie nur konstitutionell, aber auch nicht nur durch eine frühkindliche Schädigung oder durch eine belastende Situation allein bedingt. Es muss in jedem individuellen Fall versucht werden, die Mehrschichtigkeit des Bedingungsgefüges aufzudecken und die wirksamen Störungsfaktoren im Entstehungsprozess der Fehlhaltung aufzuspüren.

Natürlich ist die Bedeutung und Wichtigkeit der Störungsfaktoren in jedem individuellen Fall anders gelagert. Es mag z.B. vorkommen, dass die Störung bei sehr wenig belastbaren Kindern in einer momentanen Drucksituation durchbricht, damit also auf die Verhaltensschemata einer nicht gelungenen Reinlichkeitserziehung zurückgreift, ohne dass eine frühere Störung der Mutter-Kind-Beziehung feststellbar ist. Diese ist allerdings in den meisten Fällen von ausschlaggebender Bedeutung.

Wir unterscheiden bei der Untersuchung der Persönlichkeitsstruktur verschiedene Gruppen von Enuretikern. Diese sind zum Teil rein entwicklungsbedingt, zeigen aber zum Teil auch eine völlig verschiedene Haltung, die aber nicht als Ursache, sondern eher als Folge der Störung zu betrachten ist. Hier ist nämlich eine der Ansatzstellen, von der aus wir den prägenden Einfluss der Umgebung feststellen können: um den einzelnen Enuretiker verstehen zu können, muss immer sein ganzer Lebensraum gesehen werden.

Hier ist aber auch die wesentlichste Grenze unserer Untersuchungen. Das zugrunde liegende Material unserer Arbeit ergab lediglich ein Querschnittsbild, das nur andeutungsweise durch eine Lebenslaufanalyse ergänzt werden konnte. Bei der weiteren Erforschung der Fehlhaltung der Enuretiker wird es notwendig sein, vor allem Längsschnittuntersuchungen durchzuführen und die Entwicklung der Fehlhaltung genauer zu beobachten. Dies wird (unter bestimmten Bedingungen) vor allem bei der psychagogischen Betreuung von Kindern möglich sein.

VI) Die psychagogische Betreuung der Enuretiker:

1) Einleitung:

Es war uns in der Kürze der Beobachtungszeit nicht möglich, ausgedehnte Erfahrungen in der Behandlung der Enuretiker zu machen. Es wurde aber versucht, den Lebensweg der untersuchten Kinder weiter zu verfolgen und den Einfluss von äusseren Veränderungen zu studieren. 25 Kinder wurden 1 - 2 Jahre nach der Erstuntersuchung noch einmal vorgestellt. Sie waren teilweise geheilt, teilweise hielt das Leiden in veränderter oder unveränderter Stärke an. Die folgenden Abschnitte sollen also nach einem Überblick über die in der Literatur angegebenen Behandlungsmethoden vor allem die Schlussfolgerungen aus unseren eigenen empirischen Untersuchungen ziehen. Es soll versucht werden, von der Eigenart der Kinder und ihrer Situation her einen Ansatzpunkt zu einer tiefgreifenden und umfassenden Hilfe zu geben. Dabei sind nicht nur allgemeine Punkte zu diskutieren, es ist auch auf praktische Einzelprobleme einzugehen.

2) Die bereits vorliegenden Behandlungsversuche:

Es gibt - wie KEMPER (1949) betont - wohl kaum eine zweite Störung, die so viele Behandler mit so zahlreichen verschiedenen "Heil"-Methoden auf den Plan gerufen hat, wie dies bei der Enuresis der Fall ist. Jede Richtung ist vertreten und vor allem: jede Richtung kann mit überzeugenden Erfolgsstatistiken aufwarten, so dass es im Grunde erstaunlich ist, dass die Zahl der Einnässer durchaus nicht abnimmt!

Jede Behandlungsmethode stützt sich natürlich auf die Meinung des Behandlers über die Ätiologie der Störung und kann nur von dort her verstanden werden. Wir können daher in der Einteilung unserem Abschnitt I im theoretischen Teil folgen, wenn wir nachstehend sporadisch über einige Versuche berichten. Wir folgen in dieser Einteilung teilweise LECHLER (1949), auf dessen umfassenden Literaturüberblick im übrigen verwiesen werden kann.

Zu Beginn der Enuresisforschung stand natürlich die organische

Genese und damit auch die operative und medikamentöse Behandlung im Vordergrund. Auf Grund der Spina-bifida-Theorie von FUCHS (1909) wurden zahlreiche Kinder (mit Erfolg!) operiert.

LIPPMANN (1921) ging davon aus, dem Enuretiker fehle das Gefühl für die sich kontrahierende Blase. Daher empfahl er als Therapie die Füllung der Blase mit einer leicht reizenden Lösung. Durch das schmerzhaftes Zusammenziehen werde das verlorengegangene Gefühl wieder erweckt.

In diesem Zusammenhang muss auch die Elektrotherapie erwähnt werden, das Faradisieren, Elektromassieren etc. der Blasengegend, auch Behandlung durch ultraviolette Strahlen.

Alle diese Verfahren betrachten die Enuresis als lokales Einzelsymptom auf Grund einer organischen Störung. Sie übersehen den personalen Zusammenhang der Störung. Es wurden in diesem Rahmen geradezu barbarische Methoden entwickelt. Ihr Erfolg dürfte wohl recht zweifelhaft sein: die Kinder waren durch die Behandlung des Symptoms wohl beeindruckt, ihre innere Haltung war damit nicht verändert. Das Symptom verschwand deshalb wohl auch in zahlreichen Fällen, wurde aber aller Wahrscheinlichkeit nach durch andere ersetzt. Zudem wird in den Erfolgsstatistiken fast immer nur über momentane Erfolge berichtet, von denen nicht klar ist, wie lange sie vorhielten.

Zur medikamentösen Therapie kann man auch noch die Versuche rechnen, die Übererregbarkeit der Kinder durch Beruhigungsmittel zu dämpfen. Hier wird, wie auch bei der Diät-Behandlung, der Unterschied zwischen Symptom und gestörtem Hintergrund wahrgenommen. Als häufigste Massnahme wird dabei Beschränkung der Flüssigkeitszufuhr am Spätnachmittag und Abend empfohlen, meist in Verbindung mit einer nächtlichen Wecktherapie.

KRASNOGORSKI (1933) schlägt hier z.B. vor, man solle dem Kind um 16 Uhr zum letzten Mal Flüssigkeit geben. Beim Abendessen um 18 Uhr empfehle sich Butterbrot mit Fleisch und Eiern, kein Obst. Um 20.30 Uhr gebe es dann noch ein Butterbrot mit Schinken oder Hering. Die Salzmenge retiniere das Wasser über Nacht in den Geweben, der Urin werde erst wieder am nächsten Morgen abgesondert.

Die Behandlung durch Flüssigkeitsbeschränkung übersieht, dass das

Hauptproblem nicht in der zu starken Urinproduktion liegt, sondern in der inadäquaten Innervation der Schliessmuskeln.

Beim Wecken wird darauf hingewiesen, dass es notwendig sei, das Kind ganz wach werden zu lassen. Es solle bewusst urinieren. Auch diese Behandlung ist letztlich nur eine Symptomtherapie, die an der Situation und der inneren Haltung des Kindes nichts ändert, auch dort nicht, wo sie mit einer Suggestionstherapie verbunden wird.

Bei der Suggestionstherapie werden den Kindern oft indifferente Medikamente (Tropfen oder Pillen) gegeben. Gleichzeitig muss in ihnen der feste Glaube erzeugt werden, dass die Störung durch dieses Mittel behoben werden kann. KERNAU empfiehlt, die Anweisungen mit unaufdringlicher Bestimmtheit zu geben. Nicht viele Worte machen, kein auffälliges Anpreisen. Wichtig sei der überzeugende Eindruck, den der Arzt mache. KERNAU koppelt mit dieser Behandlung eine allgemeine Ermutigungstherapie und will bei den Kindern vor allem das Selbstbewusstsein heben.

Auch HAMBURGER (1939) betont die Bedeutung der persönlichen Haltung und Überzeugungskraft des Arztes. Er nennt neben der medikamentösen Behandlung als weitere Suggestionsträger die schon erwähnten Injektionen und das Faradisieren. Er weist zudem noch besonders darauf hin, dass man sich bei der Behandlung nach der Individualität des Kindes richten müsse und dass es vor allem wichtig sei, die Mutter zu überzeugen.

Bei diesen Versuchen, die Enuresis suggestiv zu beseitigen, wird bereits deutlich, dass man die Gesamthaltung der gestörten Persönlichkeit verändern will. Es geht bei den genannten Methoden ja nicht darum, die Störung örtlich anzugreifen - auch wenn es äusserlich so aussieht. Im Grunde läuft die Behandlung immer auf das eine Ziel hinaus, dem Kind den Glauben an die Heilung zu vermitteln und ihm mehr Selbstsicherheit zu verleihen. Der verhängnisvolle Teufelskreis, der die Störung chronifizierte, soll durchbrochen werden. Wenn das gelingt, steht hinter dem Symptom oft nicht mehr die ursprüngliche Störung und der ursprüngliche Affekt - es wird dann überflüssig und verschwindet.

Oft kann dieses Ziel - das Sprengen des Teufelskreises - aber nicht erreicht werden. In solchen Fällen empfiehlt I.H. SCHULTZ (1958) (soweit es sich um Rand- oder Schichtneurosen handelt) eine Hypnotherapie. Er weist darauf hin, dass bei Enuresis nocturna zuerst die Schlafstörung behandelt werden muss.

Andre Forscher, u.a. MOWRER (referiert nach EYSENCK 1959) machen falsche Reflexbahnung und Gewöhnung für die Entstehung einer Enuresis verantwortlich. Die Behandlung besteht also darin, dass die richtigen Reflexe geschaffen werden. So wird z.B. empfohlen, unter das Bett ein Stromnetz zu legen, das eine Klingel auslöst, sobald es mit Feuchtigkeit in Berührung kommt und damit den Schläfer weckt (andere Ärzte denken sogar daran, den Einnässer einfach durch einen leichten elektrischen Schlag wecken zu lassen!).

Hier mag nur ergänzend erwähnt werden, dass schon vielerlei Ratsschläge gegeben und Geräte erfunden wurden, um die Unannehmlichkeiten des Einnässens zu beseitigen. Man stellte die Fussenden der Betten hoch, bettete die Kinder auf Torf, schnallte ihnen Geräte um, die die Flüssigkeit aufnehmen sollten und vieles andere mehr. Das alles kann bestenfalls dazu beitragen, dass die Kinder den Kampf gegen ihre Störung aufgeben und einfach resignieren. Von einer Heilung kann hier keine Rede sein.

Auch DINKELAKER (1935) ist der Ansicht, dass der fehlende bedingte Reflex geschaffen werden muss. Er hält das aber für die Aufgabe einer planvollen, eindringlichen Erziehung. Er empfiehlt, die Kinder bei Tag und Nacht alle 2 Stunden auf den Topf zu setzen. Sie müssten sich ganz daran gewöhnen, dass der Reiz "Topf" mit dem bedingten Reflex "Wasser-lassen" gekoppelt sei. Unterstützend kommt dazu eine zweckmässige Ernährung (nach dem Mittagessen nur noch flüssigkeitsarme Kost). Allmählich kann man dann nach Ansicht DINKELAKERS die Zeitspannen zwischen den Ausscheidungen immer mehr vergrössern.

Man ist bei der Erforschung der Enuresis immer mehr darauf gekommen, dass dieser Störung nur erzieherisch (pädagogisch oder heilpädagogisch) beizukommen ist.

Vor allem HOMBURGER (1926) weist nachdrücklich darauf hin, dass die Haltung des Behandelnden immer erzieherisch sein muss (Erziehungstherapie nach LECHLER 1949). Aus diesem Grunde könne man niemals ein Schema angeben, das für alle gelte. Man müsse im Gegenteil Verursachung, Alter, Begabung, Charakter und seelische Lage immer individuell berücksichtigen. Eine psychoanalytische Behandlung sei erst bei pubertierenden Enuretikern vorzuschlagen.

Unter erzieherischer Behandlung soll dabei immer ganzes intensives Bemühen um das Kind verstanden werden, niemals nur ein Appell an Ehre und Schamgefühl. Vor allem sind alle entwürdigenden Strafen und alle Bloßstellungen zu vermeiden. Es geht immer darum, eine innere Umstellung des Kindes zu erreichen, es vor allem in seiner ganzen Welthaltung zu ermutigen (GÖRING 1942). Man erzieht es zur inneren Ordnung nur durch eine beständige äussere Ordnung (FINCKH 1924): geregelten Tageslauf, gleichmässiger Schlafrythmus, Disziplinierung (HUSLER 1959).

Diese erzieherische Aufgabe kann unterstützt werden durch suggestive Methoden (medikamentöser oder physikalischer Art), die darf durch diese aber niemals überwuchert werden. Es ist notwendig, sich von einer Behandlung des Symptoms zu lösen: was behandelt werden muss, ist der leidende Mensch und seine Umwelt (LECHLER 1949).

3) Allgemeine Fragen der Enuretikerbetreuung:

Unsere eigenen empirischen Befunde zeigten die Enuresis als eine die ganze gestörte Persönlichkeit umfassende Fehlhaltung, die im Zusammenspiel von persönlicher Wesensart und den Einwirkungen der Umwelt entstanden ist und durch diese Faktoren auch fixiert wurde. Eine Lösung und Umwandlung dieser Fehlhaltung muss daher immer einsetzen mit dem Durchbrechen des entstandenen Teufelskreises. Aus diesem Grunde kann die Betreuung eines Enuretikers nicht nur von zwei verschiedenen Seiten her einsetzen, sie muss es in jedem einzelnen Fall. Diese Betreuung erstreckt sich also immer auf die gestörte Persönlichkeit, sowie auf die gestörte

Umwelt. Wenn die Störung bereits festgefahren ist, dann ist es nicht damit getan, wenn man den Enuretiker von Stund an erzieherisch richtig behandelt. Das Vergangene muss verarbeitet, aufgearbeitet werden. Dabei muss sich der Betreuer von vornherein darauf einstellen, dass er mit dem gestörten Kind nicht einfach manipulieren kann. Er kann lediglich Hilfestellung leisten und muss erreichen, dass der Enuretiker seine Gestörtheit von sich aus überwindet. Dasselbe gilt auch von der Betreuung der gestörten Umgebung, deren belastende Spannungen allmählich ausgeglichen werden soll. Die Enuretikerbetreuung ist eine Form der Sondererziehung, die zunächst durch die Haltung des Psychagogen den Gesundheitswillen und die prognostische Zuversicht des Enuretikers weckt (HELLPACH 1946): es muss im gestörten Kind eine Haltung der Sicherheit und Stabilität geschaffen werden, die es ihm ermöglicht, aus der Fehlhaltung allmählich herauszuwachsen. Die Umwelt hingegen soll gleichzeitig zu einer positiven Haltung und Einstellung dem Kind gegenüber kommen, soll ihm eine neue Geborgenheit vermitteln können. Damit ist bereits gesagt, dass diese ganzheitliche Umstellung nicht spontan verlaufen wird, sondern eine relativ lange Zeit der Betreuung voraussetzt.

4) Stufen der Enuretikerbetreuung:

Von der eigentlichen Betreuung eines manifesten Enuretikers soll zunächst die Aufgabe der Enuresis-Prophylaxe abgehoben werden. Es geht nicht nur darum, einnässende Kinder, Jugendliche und Erwachsene von ihren Störungen und Leiden zu befreien. Es muss versucht werden, die Störung in ihrer Häufigkeit bereits vor der Entstehung anzugreifen. Dazu ist es vor allem notwendig, die Öffentlichkeit (vor allem die Eltern) über das Wesen und die Genese der Störung in verständlicher, klarer und sachlicher Form zu informieren. Vor allem ist dabei auf die Bedeutung der Reinlichkeitserziehung und ihre prägende Funktion hinzuweisen, sowie auf die hohe Bedeutung der erzieherischen Atmosphäre und des Verhältnisses der Mutter zu ihrem Kind. Technisch gesehen kann diese Aufklärungstätigkeit durch die Erziehungsberater, Vorträge,

Kurse für werdende Mütter, sachlich-klare und allgemeinverständliche Schriften durchgeführt werden . CHRISTOFFEL (1944) fügte seinem Buch ein instruktives Merkblatt bei.

Falls die Eltern gerade bei der Reinlichkeitserziehung ihrer Kinder Schwierigkeiten haben, kann ihnen durch eine aufklärende Einzelberatung im Sinne der vorbeugenden Erziehungshilfe durch eine Erziehungsberatungsstelle geholfen werden.

Im allgemeinen wenden sich die Eltern aber erst dann an den Arzt oder Erziehungsberater, wenn die Störung sehr lästig geworden ist und die Hausmittel der Erziehung ohne Erfolg geblieben sind. Dann ist die Fehlhaltung des Kindes (und der Umgebung) meist schon fixiert und erfordert eine gründliche individuelle Beratung und Betreuung.

Dieser Beratung hat in jedem Fall nicht nur eine gründliche Klärung der Situation vorauszugehen, sondern auch eine eingehende ärztliche und psychologische Untersuchung (einschliesslich Anamnese). Diese Untersuchung soll den jeweiligen individuellen Hintergrund der Störung klären und von hierher Ansatzpunkte zu einer erfolgversprechenden Betreuung aufzeigen.

Bei der anschliessenden Beratung muss der Untersuchungsbefund den Eltern in pädagogisch geschickter und erfolgerichteter Form nahegebracht werden. Es wird meist notwendig sein, das Bild zu ändern, das die Eltern vom Wesen ihres Kindes in sich tragen. Das erfordert im allgemeinen eine eher oder weniger grosse Zahl von Besprechungen, in denen das neue Bild allmählich in den Eltern entsteht. Dabei ist sehr wesentlich, dass den Eltern nicht einfach sachlich etwas erklärt wird; sie sollen von sich aus eine neue Einstellung finden. Erst wenn das Kind in seinem Sosein begriffen und angenommen wird, kann die eigentliche Beratung über erzieherische Fragen beginnen. Die Arbeit mit den Eltern kann in diesem Zusammenhang nicht in Einzelheiten dargestellt werden (vgl. hierzu vor allem DÜHRSEN 1960). Es kommt letztlich darauf an, dass sich die Einstellung der Eltern zu ihrem Kind ändert. Erst wenn eine derartige Neueinstellung erfolgt, fallen auch spezielle erzieherische Ratschläge auf fruchtbaren Boden.

Es hat sich dabei vor allem als wichtig erwiesen, die Eltern auf die Bedeutung einer ruhigen, geduldigen und liebevollen Haltung hinzuweisen. Es muss in der erzieherischen Atmosphäre, überhaupt in der Umgebung des Kindes, jede erregende Dauerspannung vermieden werden. Dazu gehört nicht nur, dass die Mutter ihr Kind annimmt und sich liebevoll um es kümmert, sie muss ihm auch ein harmonisches und ruhiges Zuhause schaffen. Das Kind soll eine gemüthafte Bindung an seine Umgebung entwickeln können, sodass es vor einer Vereinsamung bewahrt bleibt (wir denken hier an die "Wohnstubenkraft" PESTALOZZI).

Die Erziehung soll sich von extremen Haltungen (Verwöhnung - Vernachlässigung - Inkonsequenz, vgl. RUPPERT 1952) fernhalten, soll das Kind so nehmen und anerkennen, wie es ist. Von hierher verbietet sich auch jede Dressur von selbst. Das Problem der Strafe muss bei jedem Kind individuell gelöst werden.

Auf keinen Fall dürfen die Kinder wegen ihres Einnässens bestraft werden. Sie sollen nicht noch weiter in die Fehlhaltung und in den Protest gegen die Umgebung hineingetrieben werden, sondern brauchen Ermutigung und Auftrieb, um aus der Fehleinstellung herauszufinden. Es wurde mehrfach betont, dass die Enuresis auch als soziale Störung zu sehen ist. Es ist deshalb notwendig, von der Umwelt und vom Kind her eine neue Beziehung zwischen beiden zu finden. Die notwendige innere Sicherheit und Stabilität kann nur auf einem sicheren und festen Boden gedeihen.

Es wurde schon mehrfach gesagt, dass sich die Störung nicht rasch beheben lässt, sondern eine langdauernde und intensive Betreuung erfordert. Es wird deshalb in den meisten Fällen notwendig sein, nach der Untersuchung und der grundlegenden Erstberatung einen "Betreuungsplan" aufzustellen. Da es sich um eine Sanierung des Kindes und der Umgebung handelt, ist eine enge Zusammenarbeit von Psychologen und Sozialarbeitern am erfolgversprechendsten. Während der Psychologe das Schwergewicht seiner Bemühungen auf die Betreuung und innere Umstellung des Kindes legt und die Eltern nur immer wieder in regelmässigen Abständen zu Besprechungen trifft, wird der Sozialarbeiter gerade in der Betreuung der Eltern und der erzieherischen Umgebung sein Hauptarbeitsgebiet sehen (vgl.

zu den Grundlagen und zur Methodik dieser Arbeit BANG 1959). Auf die geschilderte Weise kann versucht werden, die intra- und interindividuellen Spannungen von zwei Seiten her allmählich abzubauen.

Es ist selbstverständlich, dass das Vorgehen der beiden Fachkräfte immer eng koordiniert sein muss.

Erfahrungsgemäss lässt sich der dargestellte Weg in vielen Fällen aber nicht oder wenigstens nicht erfolgreich gehen. Daran können äussere Gründe schuld sein, oft wird aber auch die Betreuung von den Eltern nicht akzeptiert (auch wenn sie anfänglich mitmachen, fehlt es oft an der echten inneren Bereitschaft). Eine Behandlung des Kindes allein ist nach unserer Erfahrung in den meisten Fällen nicht erfolversprechend und kann bestenfalls während oder nach der Pubertät erwogen werden.

Wenn sich die häusliche Atmosphäre und die Haltung der Eltern (besonders der Mutter) nicht ändert, hilft auch eine noch so gute und tiefgreifende psychagogische Betreuung dem Kind nicht recht weiter. Wir müssen uns hier der Meinung SCHOLLS anschliessen (1958, S.144): "Die Erfahrung bei der Behandlung solcher Kinder lehrt, dass es deshalb zunächst sinnlos ist, sie mit ethischen Forderungen anzugehen, aber ebenso abwegig ist es, diese Kinder, wie es bei manchen Formen der Spieltherapie geschieht, zu enthemmen oder bei Anwendung anderer Methoden sich mit den ihnen geschlagenen Wunden zu befassen. Wir fanden, dass es zur Heilung dieser Wunden bei allen schwierigeren Fällen notwendig ist, bei einer anderweitigen Unterbringung eine möglichst familienhafte Atmosphäre zu schaffen - die bei den meisten bisher ausgefallen war, - eine Atmosphäre, in der den bisherigen Verhaltensautomatismen die Grundlagen entzogen werden, in der die Kinder sich angenommen und eingebettet fühlen, und persönliche Bindungen sich ergeben, die das Nachholen von Vorgängen und Entwicklungen ermöglichen, ohne die eine Reihe seelischer Grundfunktionen gar nicht entstehen kann. Der Hebung des Selbstwertgefühls kommt dabei ganz besondere Bedeutung zu."

Es wird in solchen Fällen also am besten sein, das Kind in eine andere Umgebung zu verpflanzen (zur Indikation für die Heimunterbringung vgl. auch HOPMANN 1957, 1958). In der spannungsfreien

und ausgeglichenen Atmosphäre eines gut geführten (möglichst heilpädagogisch arbeitenden) Heimes kann es seine eigenen Spannungen allmählich loswerden. Da sie auf eine bestimmte Umgebung gerichtet sind, werden sie oft in anderer Umgebung gegenstandslos. Auch hier darf nicht an einen raschen Umschlag gedacht werden, wenn die Kinder auch sehr häufig in anderer Umgebung das Einnässen sofort aufgeben. Dieser Symptomverlust darf durchaus nicht mit einer völligen Heilung und Umstellung gleichgesetzt werden. Wesentlich ist nicht das Verschwinden des Symptoms, sondern die psychophysische Gesamtumstellung des Organismus. Das gestörte Kind muss von innen her eine neue Einstellung zur Welt gewinnen. Erst dann kann es ihr auch anders begegnen, kann auch die eigenen Konflikte besser verarbeiten.

Es ist natürlich wichtig, dass mit der Unterbringung in einer erzieherisch positiven Umgebung immer auch eine individuelle und spezifisch ausgerichtete Betreuung des Enuretikers verbunden ist. Eine bloße Unterbringung in anderer Umgebung, "damit das Kind einmal eine andere Luft atmet", bringt keine echte Hilfe für die Dauer.

Gleichzeitig muss auch versucht werden, weiterhin auf die häusliche Umgebung (die Eltern) einzuwirken, damit auch dort im Lauf der Zeit eine Umstellung erfolgt.

Von einer blossen mehrwöchigen Kur in einem Bettnässerheim mit Wecken bei Nacht und Beschränkung der Flüssigkeitszufuhr kann man sich nur bei randneurotisch gestörten Kindern etwas versprechen. Hier wird lediglich das Symptom bekämpft, ohne dass man sich um die Hintergründe auch nur am Rande kümmert. Schwerere Konflikte werden deshalb bald nach der "erfolgreichen" Kur in der alten Umgebung wieder aufbrechen.

Wenn wir auch eine anderweitige Unterbringung des Kindes empfehlen, so ist damit nicht nur allein der Wechsel in eine bessere Erziehungsatmosphäre gemeint. Das Kind muss zunächst auch hier ganz individuell betreut werden. Gleichzeitig wird der Sozialarbeiter versuchen, die Haltung der Eltern zu ändern, sodass das Kind u.U. nach einiger Zeit wieder in seine alte Umgebung eingegliedert werden kann.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Behandlung und Betreuung der Enuretiker immer von 2 Seiten her anzugehen ist. Die Bemühungen reichen von der vorbeugenden Aufklärung bis zur spezifischen Betreuung und der anderweitigen Unterbringung.

Als Stufen konnten wir je nach der Schwere der Störung und der Haltung der Umgebung unterscheiden: Beratung der Eltern, Betreuung von Kind und Umgebung, Milieuwechsel und Betreuung. Wichtig ist nicht in erster Linie die Bekämpfung des Symptoms, sondern der Versuch, den Kindern eine positive Entwicklungsmöglichkeit zu geben. Dazu bedarf es aber einer ganzheitlichen Umstellung des inneren und des äusseren Feldes (LEWIN).

Von hierher muss also auch dringend gefordert werden, dass unsere viel zu grossen Heime alten Stiles ersetzt werden durch neue Heime mit Familienatmosphäre, in denen geschulte Fachkräfte heilpädagogisch arbeiten. Neuerdings hat sich auch die Einrichtung von heilpädagogischen Horten mit kleinen Kindergruppen sehr bewährt.

5) Methodische Probleme der Enuretiker-Betreuung:

Es wurde bereits darauf hingewiesen, dass vor jeder Betreuung eine umfassende ärztliche und psychologische Untersuchung zu stehen ha-be. Für die Betreuung kann nämlich kein allgemein-gültiger Plan aufgestellt werden. Sie richtet sich nach der individuellen Eigenart des Kindes und nach der jeweils vorliegenden Situation.

Es ist selbstverständlich wichtig, dass das Symptom verschwindet. Das wird vor allem insofern von Bedeutung sein, als es dem Kind weiterhilft und eine neue Selbstsicherheit ermöglicht: das Selbstwertgefühl wird nicht mehr durch das ständige Versagen herabgedrückt.

Man kann daher die Betreuung beginnen, indem man das Symptom durch eine symptomatische oder zudeckende Methode (BRUN 1954) beseitigt (etwa durch medikamentöse Behandlung oder durch

Suggestion, in sehr schweren Fällen auch durch ärztliche Hypnose, vgl. dazu I.H.SCHULTZ 1958).

Danach aber werden wir die Fehlhaltung des Kindes mit anderen Methoden angehen müssen. Eine unerlässliche Vorbedingung wird durch die Veränderung der Situation geschaffen. Da die Fehlhaltung aber oft schon festgefahren ist, muss sie auch vom Kind her angegangen werden.

Dabei handelt es sich im allgemeinen weniger darum, Traumen zu beheben und frühkindliche Erlebnisse verarbeiten zu lassen. Das Kind ist durch die prägenden Einflüsse der Umgebung in eine ganzheitliche Fehlhaltung zur Welt und zum Leben gekommen. Deshalb ist es, abgesehen vielleicht von differenzierten und intelligenten Jugendlichen, kaum möglich, die Zustimmung und Mitarbeit des Kindes zu einer analytischen Therapie zu gewinnen (A.FREUD 1948). Einer derartigen Behandlung stehen nicht nur Widerstände entgegen, die im Entwicklungsstand und in der Wesensart des Kindes liegen (sein bevorzugtes Ausdrucksgebiet ist nicht das gesprochne Wort), sondern auch Widerstände, die aus seiner Situation stammen und nicht zuletzt solche, die von verdrängten Regungen herrühren, Abwehrmechanismen der Fehlhaltung also (A.FREUD 1936).

Die Betreuung der Enuretiker wird also beim sozialen Kontakt einsetzen, da hier auch der Kern der Fehlhaltung zu finden ist. Es kommt nicht nur darauf an, dass die Kinder sich während der individuellen Betreuung lösen und enthemmen können. Das ist bei einzelnen Typen der Enuretiker angebracht, die sich nicht frei entfalten und nicht alle inneren Möglichkeiten ausleben können. Methodisch kann diese Lösung erreicht werden durch die Spieltherapie (einschl. Fingermalen etc.). Im echten Spiel zielt die Gelöstheit der Kräfte aber immer ab auf eine eigene produktive Gestaltung, denn im Spiel ist Ordnung. Die freie Spontaneität ist hier zielbestimmt und drängt nach innerer Bindung und Strukturierung. - Hier liegt der Ansatzpunkt für die Betreuung anderer Enuretiker-Typen, der enthemmten und fahrigten Kinder. Das Spiel selbst, und vor allem das Spiel in der Gruppe, setzt der ausbrechenden Aktivität

des Einzelnen Grenzen.

Das Kind führt also in der Betreuung den Weg (AXLINE 1944, R.UND A.TAUSCH 1956). Dennoch ist die Rolle des Betreuers nicht nur passiv: er muss da-sein, muss mitschwingen, wenngleich er auch kaum aktiv eingreift. Seine Funktion ist die Hilfe bei der Selbstgestaltung. Das Kind erlebt hier (wahrscheinlich zum ersten Mal), dass es nicht durch äusseren Druck nach einem vorgefassten Bilde entwickeln muss, sondern seine eigenen Möglichkeiten frei entfalten kann. Der Betreuer wird sich nur dann aktiv einschalten, wenn gewisse äussere Grenzen konsequent eingehalten werden müssen (AXLINE 1944, R.UND A. TAUSCH 1956). Er zeichnet sich also vor allem durch eine sachliche Zurückhaltung aus und weiss, dass er eine Heilung zwar versuchen, niemals aber erzwingen kann (KÜNKEL 1957).

Die innere Umstellung des Enuretikers ist immer Erziehung zur inneren Ordnung (HOMBURGER 1926). Erst aus dieser folgt dann eine Eingliederung in eine äussere Ordnung. Etwas anders liegt der Fall allerdings bei den verwahrlosten Kindern, denen oft jeder geregelte Tageslauf und jedes Ordnungsprinzip fehlt. Bei ihnen müssen zuerst grundlegende Gewohnheiten geschaffen werden, bevor an eine Einzelbetreuung zu denken ist.

Durch die Erziehung zur inneren Ordnung soll bei unseren Enuretikern die verströmende und zerflatternde Energie eingebunden und zielbestimmt eingesetzt werden. Gleichzeitig soll die Erregungsspannung, die die Kinder beherrscht, allmählich abgebaut werden. Das Kind muss **also** in der Betreuung und durch die Betreuung spüren, dass es angenommen ist und wirklich auch für voll angesehen wird (vgl. hier die Prinzipien der nicht-directiven Spieltherapie bei AXLINE 1944, R.UND A.TAUSCH 1956).

Bei gehemmten und eingeschüchterten Kindern empfiehlt es sich, sie zunächst im Einzelkontakt zu lockern, damit sie sich in die neue Situation einleben können. Dann erst wird man sie in eine sorgfältig zusammengesetzte Gruppe eingliedern; die enthemmten und aggressiven Kinder sprechen auf eine Gruppenbetreuung spontaner an und brauchen auch die oben erwähnte Lockerung nicht mehr. Bei ihrer Betreuung wird man den Schwerpunkt

auf die Bindung und Gestaltung der Antriebslebendigkeit legen. Als besonders günstig hat sich dabei die gemeinsame Beschäftigung mit Werkarbeit verschiedenster Art erwiesen (Vgl. zur Gruppentherapie vor allem das grundlegende Werk von SLAVSON 1956, einen Überblick über die Möglichkeiten und Methoden der Erziehungsberatung geben auch RUDERT UND STEIN 1959).

6) Sonderfragen der Enuretiker-Betreuung

Die Aussichten einer Behandlung werden von jedem Forscher optimistisch beurteilt und meist mit einer mehr oder weniger gründlichen Statistik belegt. In den meisten Fällen wird dabei aber lediglich der Erfolg einer Symptombehandlung erfasst, wobei man sich im allgemeinen nicht einmal die Mühe macht, das Anhalten der "Heilung" über längere Zeit hinweg nachzuprüfen (eine Ausnahme bildet WERCZBERGER 1959).

Von einem echten Erfolg der Betreuung kann nur dann gesprochen werden, wenn in der Situation und in der inneren Haltung des Kindes eine ganzheitliche Umstellung und Neueinstellung **erfolgte**. Das lässt sich aber nicht eindeutig in einer Statistik festhalten.

Jeder Betreuung sind hier erhebliche Grenzen gesetzt. Die Bedeutung der Konstitution soll nicht übersehen werden, man darf sie aber auch nicht zu hoch einschätzen. Selbstverständlich wird man einem Kind seine geringe Belastbarkeit und seine hohe Sensibilität nicht nehmen können. Seine Haltung zur Welt (die ja durch diese Welt geprägt wurde) kann man so gut verändern wie etwa seine Fähigkeit zur adäquaten Erlebnisverarbeitung. Die Grenzen, die einer Betreuung durch die Situation und die Umgebung eines Enuretikers gesetzt werden, scheinen uns pädagogisch wesentlich bedeutender zu sein, da sie oft nicht abzubauen sind. Die meisten Behandlungsversuche bei Kindern werden an diesen Grenzen scheitern.

Was unsere verwahrlosten Kinder betrifft, so müssen sie zunächst eine grundsätzliche Ordnung kennen lernen, bevor man mit einer individuellen Betreuung beginnen kann. In leichteren Fällen wachsen sie erstaunlich rasch in eine neue Ordnung

hinein. Aber auch hier können sich mannigfaltige Schwierigkeiten ergeben.

Die Frage, wer für eine Betreuung der Enuretiker fachlich zuständig sein soll, wurde im Grunde bereits beantwortet. Das Feld muss von innen und von aussen her angegangen werden. Die individuelle Betreuung der Umgebung bleibt Aufgabe des Sozialarbeiters, der im übrigen in der Praxis vielfach auch die Betreuung der Kinder und Jugendlichen übernehmen muss.

Die individuelle Betreuung des Einzelkindes (ambulant oder im Rahmen eines heilpädagogischen Heimes) muss dem charakterologisch und tiefenpsychologisch geschulten Psychologen vorbehalten bleiben. Wir folgen hier der Meinung VETTERS (1960 c), dass Entwicklungskrisen mit dem Schwerpunkt im seelisch-charakterologischen Bereich eher in das Tätigkeitsfeld des Psychologen fallen.

Es ist selbstverständlich, dass die Voruntersuchung möglichst in jedem Fall durch eine enge Zusammenarbeit von Arzt (körperliche, evtl. auch neurologische und psychiatrische Untersuchung), Sozialarbeiter (Situationsanalyse, Anamnese) und Psychologen (Persönlichkeitsbild und Psychogenese) gekennzeichnet sein soll (zur Stellung des Psychologen im Team der Erziehungsberatung vgl. auch BONDY 1953 und BUCKLE 1957).

Die psychagogische Betreuung ist aber nicht nur eine psychologische und fürsorgerische, sondern vor allem anderen eine menschliche Aufgabe. Dazu gehört, "einmal für Lebenstüchtigkeit im Sinne sozialer Anpassung und Leistung zu sorgen und zum anderen für ausreichende Lebensfreude" (BANG 1960, S.56). Das Bemühen aller Beteiligten wird immer getragen sein durch den Wunsch, dem gestörten und leidenden Kind zu helfen, ihm eine gesunde und harmonische Entwicklung zu ermöglichen.

7) Der Enuretiker im Erziehungsheim:

Der Bedeutung wegen, die der Enuretiker im Erziehungsheim hat, soll zum Schluss auch noch ein Wort über dieses Problem angefügt werden.

Grundsätzlich ist natürlich zu sagen, dass das gestörte Kind auch im Heim nicht anders behandelt werden soll als es seiner Wesensart und seiner Störung entspricht. Das wird im allgemeinen bei geschulten Erziehern auch der Fall sein. Wir müssen aber dennoch der Feststellung MEHRINGERS (1959, S. 97) zustimmen: "Nach meiner Erfahrung hat man sich aber von der alten Grundeinstellung in der Bettnässerbehandlung noch lange nicht konsequent genug entfernt: man schlägt zwar vielleicht nicht mehr, aber man fixiert das Leiden durch Vorwürfe und entwickelt eine pädagogische Aktivität, die von diesen Kindern leicht als Zurücksetzung, Kränkung, Liebesentzug empfunden wird, gerade von diesen Kindern, die sehr darauf angewiesen sind, endlich das Gegenteil zu erfahren."

Bei einem Enuretiker, der ins Heim kommt, kann ein ganz neuer Anfang gemacht werden. Aber nicht nur er soll sich umstellen, auch die Haltung der Umgebung gegenüber seiner Störung sollte anders sein.

Das Einnässen soll durchaus nicht gleichgültig übersehen werden, man soll es auch nicht entschuldigen oder bagatellisieren. Das Kind muss sogar spüren, dass man sich mit ihm und mit seiner Not beschäftigt. Durch diese besorgte Haltung des Erziehers soll es ja einen neuen Impuls bekommen, sich selbst zu helfen. Es ist dabei nicht nur auf das momentane Lob und die Ermutigung des Erziehers angewiesen, bei zahlreichen Rückfällen braucht es gerade auch seine Geduld und seine zuverlässige und beständige Zuwendung. Es kann dann (oft zum ersten Mal) erleben, dass der Erzieher nicht verzweifelt, auch wenn dem Kind schon der Mut sinkt und die fatale Resignation erneut einsetzt.

Über die Methode der Betreuung, wie sie ganz individuell im Einzelfall anzusetzen sind, wurde bereits gesprochen. Es ist selbstverständlich, dass das Symptom auch im Heim nicht direkt

bekämpft werden kann, dass man nach Beseitigung der störenden Einflüsse (die oft noch lange nachschwingen) und der bereits eingetretenen Verbiegungen und Verwundungen die Entstehungsbedingungen der Störung bekämpfen muss. Es hiesse einen bildhaften Ausdruck falsch verstehen, wollte man z.B. dem Mangel an Nestwärme dadurch abhelfen, dass man das Kind zu einer Betreuerin ins Bett legt (wie es bei einem unserer Fälle tatsächlich geschehen ist). Vernünftige äussere Massnahmen können aber andererseits schon sehr viel für das Kind bedeuten.

Es kommt in eine geordnete Umgebung, in der sorgfältige Reinlichkeitspflege und Sauberkeit üblich sind, in der auch im Tageslauf eine natürlich geregelte Ordnung eingehalten wird. Es kommt in eine Gemeinschaft, in der man Zeit und Geduld für das Kind hat, in der man sich um seine Sorgen und Nöte kümmert, in der das Kind nicht nur durch ständige Ermahnungen auf seine Fehler zurückgeworfen, sondern positiv weitergeführt wird.

Das alles wird in manchem Heim noch nicht zu verwirklichen sein. Es muss aber das Ziel der Hilfe sein, die wir gestörten Kindern in einer neuen Umgebung geben wollen. Sie sollen nicht nur zur Entlastung der Eltern und Erzieher anderweitig untergebracht und versorgt werden, sondern durch einen Neuanfang in einer neuen Umgebung in eine echte Lebensordnung hineinwachsen können.

VII) Kasuistik

Im folgenden Abschnitt sollen kurz die Lebensgeschichten einiger Kinder aus unserer Untersuchungsgruppe berichtet werden. Wir müssen uns auch hier auf Andeutungen des Wesentlichen beschränken und streben in keiner Weise eine lückenlose Vollständigkeit an. Es soll lediglich an Einzelbeispielen spürbar gemacht werden, welche vielfältige Problematik hinter den einfachen Symptomen und Verhaltensstörungen steht.

Dem Rahmen der vorliegenden Arbeit folgend, steht auch bei der Kasuistik die Aufhellung der gestörten Persönlichkeit und ihres Lebensraumes im Vordergrund. Fallbesprechungen finden sich fast in jeder Abhandlung neueren Datums, die sich mit dem Problem des Enuretikers befasst. Bei BANG (1952), SCHWIDDER (1953) und STÄDELI (1960), um nur einige Autoren zu nennen, sind uns ausführliche Schilderungen des therapeutischen Vorgehens im Einzelfall (mit jeweils verschiedener Methodik) gegeben. Wir beschränken uns im folgenden auf kurze Hinweise bezüglich Art und Erfolg der Betreuung und Behandlung.

Die Zahl der Einzeldarstellungen könnte beliebig erweitert werden, da im Grunde jede Persönlichkeit nur aus sich und aus ihrer spezifischen Situation heraus verstanden werden kann. Die folgenden Fallberichte stellen also eine mehr oder weniger willkürliche Auswahl dar.

1) Erich

Der 8;8 Jahre alte Erich lebt als Pflegekind bei der Schwester seiner Mutter und deren Mann. Die Verhältnisse sind geordnet. Obgleich Erich aber schon seit fast 4 Jahren in dieser Umgebung lebt, macht er doch erhebliche Schwierigkeiten.

Vor allem folgt er den Pflegeeltern nicht. Was man ihm auch sagt, alles geht spurlos an ihm vorbei. Es ist, als rede man

an eine Wand hin. Erich führt auch ständig ungezogene Redensarten im Munde, mit denen er seine Umgebung schockieren kann. Zudem lügt er bei jeder Gelegenheit, wo er sich nur einen Vorteil ergattern kann. Die größten Sorgen macht er den Pflegeeltern aber in der Schule. Der Junge ist an sich schwach begabt. Dazuhin muß er aber zu sämtlichen Schularbeiten gezwungen werden. Er lernt nicht gern, sondern strolcht lieber draußen herum.

Vorgeschichte: Erich ist außerehelich geboren. Sein natürlicher Vater gilt als ordentlicher und fleißiger Arbeiter. Niemand versteht, wie er sich mit der leichtsinnigen und oberflächlichen Mutter einlassen konnte. Der Stiefvater war natürlich dem "Bankert" gegenüber nie sehr positiv eingestellt. Erich litt sehr unter der häufigen Betrunkenheit des Vaters, wurde oft auch über Gebühr gezüchtigt. Der Stiefvater schlug wegen jeder Kleinigkeit blindlings auf ihn ein.

Die Mutter brachte nie viel Verständnis für das Kind auf und kümmerte sich auch nur recht nachlässig um sein Gedeihen. Erich hat zwar rechtzeitig Gehen gelernt, konnte aber mit 5 Jahren noch nicht richtig sprechen. Er war noch nie völlig sauber und muß jede Nacht zweimal abgehoben werden.

Als Kleinkind soll er körperlich gegen Krankheiten (vor allem gegen Husten und asthmatische Erkrankungen) sehr anfällig gewesen sein, er hat auch dreimal eine Lungenentzündung durchgemacht.

Die Mutter gab den Kleinen ins Tagheim, da sie selbst ganztägig berufstätig war. Zu Hause durfte er nie spielen. Er hatte auch keine Kameraden. Im Tagheim fiel auf, daß er andere gern beim Spiel störte und alles mögliche kaputt machte.

Als der Junge 5 Jahre alt war, trennte sich die Mutter nach zahlreichen Streitereien und tätlichen Auseinandersetzungen von ihrem Mann. Damals kam Erich zu den Pflegeeltern. Er hat sich in der neuen Umgebung zunächst etwas schwer eingelebt, fühlt

sich heute aber sehr wohl und betrachtet Onkel und Tante als seine richtigen Eltern (er nennt z.B. den Pflegevater auch Papa etc.). Die Pflegemutter hat eine sehr ernste und freudlose Art. Sie leidet an Depressionen und tritt der Welt daher mit wenig innerer Anteilnahme und einer ständigen Bereitschaft zur Resignation gegenüber. Schon durch Kleinigkeiten kann man sie völlig aus der Bahn werfen ("Nervenzusammenbruch"). Erich beherrscht und tyrannisiert diese Frau völlig. Ihm gegenüber kann sie ihren Willen nie durchsetzen. Daher wird jedem Wunsch nachgegeben, der Junge wird ohne jede Grenze verwöhnt und verzogen. Mit 6 1/2 Jahren kam Erich in die Volksschule. Er war damals körperlich nicht nur recht zart, sondern auch in seiner ganzen Haltung kleinkindhaft verspielt. Seine Leistungen waren von vornherein schlecht. Er schweifte mit seinen Gedanken leicht ab, war nie so richtig bei der Sache und strengte sich auch nicht gern an. Zudem ermüdete er sehr rasch. Es war daher nicht verwunderlich, daß er nicht versetzt wurde und die 1. Klasse wiederholen mußte.

Aus dem Untersuchungsbefund: Erich ist ein mittelgroßer und zartgebauter Junge, der sich dem Erwachsenen völlig distanzlos zuwendet und im Verhalten keinerlei Hemmungen zeigt. Er bewegt sich mit selbstverständlicher Sicherheit durch die ihm fremde Umgebung und fühlt sich bald richtig heimisch. Durch den meist geöffneten Mund erhält sein Gesicht einen blöden Ausdruck. Die Mimik wechselt aber ständig zwischen schwachsinniger Stumpfheit und spitzbübischer Schlaueit. Erich hat eine hohe, dünne Stimme, er stößt ganz leicht mit der Zunge an.

Beim Intelligenztest erreicht Erich einen IQ von 85. Sein Denken ist flüchtig und oberflächlich. Er will sich gar nicht anstrengen, sondern schweift ständig ab, kaspert herum und will alles auf läppische Weise ins Lächerliche ziehen. Sein Verhalten ist durch eine ständige innere Unruhe bestimmt, durch die sich die Lebendigkeit des Jungen völlig zerflattert. Alles an ihm wirkt oberflächlich. Er kann sich auch nicht zusammennehmen, da ihm dazu nicht nur die intellektuelle Einsicht und die willentliche Straffung, sondern auch eine innere Gemüts-

warmer Bindung fehlen. Der Junge reagiert völlig unangepaßt: er macht, was ihm gerade in den Kopf kommt und ist nicht in der Lage, im persönlichen Kontakt mitzuschwingen.

Zur Genese der Schwierigkeiten: Erich ist nicht nur schwachbegabt und in seiner charakterlichen Eigenart stumpf-enthemmt, es fehlte ihm auch von früh auf an gemüthafter Zuwendung und erzieherisch geschickter Führung. Die Mutter kümmerte sich kaum um das Kind (auch Versagen während der Reinlichkeitserziehung). Die Erziehung der Pflegeeltern ist unausgeglichen und weich-verwöhnend. Man fühlt sich nicht in die Bedürfnisse des Kindes ein, sondern laßt sich von der eigenen momentanen Stimmung leiten. Nach der Vernachlässigung in der frühen Kindheit herrscht jetzt also eine nachgiebig-verwöhnende Haltung in der Erziehung vor.

2) Gerhard

Gerhard ist zur Zeit der Untersuchung 8;4 Jahre alt. Er nasst von jeher ein, lutscht auch stark am Daumen. Diese Störungen werden von der Umgebung auf seine Unruhe und Nervosität zurückgeführt.

Zur Vorgeschichte: Gerhard ist unehelich geboren worden. Die Vaterschaft konnte nicht festgestellt werden. Da die Mutter mittellos war (sie war damals als Hausgehilfin beschäftigt), wurde sie vor der Geburt in ein Wöchnerinnenheim aufgenommen. Dort blieb sie auch während der gesetzlich vorgeschriebenen Schonzeit. Der Säugling wurde nicht gestillt, sondern mit Hafer-schleim ernährt. Er soll körperlich sehr zart gewesen sein und damals bereits unruhig geschlafen haben.

Als ihre Zeit abgelaufen war, verließ die Mutter das Heim und trat eine neue Stelle an. Gerhard blieb vorläufig dort, wurde aber mit 1 Jahr in ein Kleinkinderheim verlegt. Die Mutter kümmerte sich kaum um ihn und kam nur sehr selten zu Besuch.

Gerhard lernte früh sprechen und konnte auch zur normalen Zeit gehen, er war aber bei Nacht noch nie sauber. Daran änderten auch die Behandlungen in Bettnässer-Kliniken nichts. Er soll während der ganzen Zeit auch auffallend stark am Daumen geknabbert haben. Im übrigen machte er aber keine Schwierigkeiten. Er war immer ein liebes und braves Kind, das nett gespielt habe und gutmütig mit anderen Kindern ausgekommen sei.

Die Mutter hatte in der Zwischenzeit geheiratet und bereits 2 Kinder (einen Jungen und ein Mädchen) geboren. Als Gerhard nun 6 Jahre alt wurde, holte ihn sein Stiefvater aus dem Heim. Dieser Mann war es auch, der sich weiterhin um den Jungen kümmerte. Die Mutter behandelte Gerhard nämlich nicht sehr gut und zog ihm den 2 Jahre jüngeren Bruder offen vor.

Gerhard fühlte sich zu Hause nicht wohl. Er wuchs in einer verwahrlosten und vernachlässigten Umgebung auf. Die Familie lebte in einer ärmlichen Baracke, die von der schlampigen Mutter nie richtig in Ordnung gehalten wurde, sondern immer dreckig war. Die Mutter ist eine primitive, ungepflegte Frau. Sie hat einen barschen, groben Ton an sich und ist erzieherisch nur wenig befähigt, da sie sich nicht auf die Kinder einstellen kann. Sie macht auch gar kein Hehl daraus, daß ihr der Bruder Gerhards lieber sei.

Dieser Bruder ist ein kräftiger, vitaler Bursche, der einen recht eigenwilligen Dickkopf hat und sich durchzusetzen versteht. Er macht einen gesunden und vergnügten Eindruck, wirkt robust und derb.

Der Einzige, der nett ist zu Gerhard und der zu ihm hält, ist sein Stiefvater. Er wird von seinem Chef als ordentlicher und fleißiger Mann geschildert, der allerdings sehr weich sei und sich nicht durchsetzen könne. Er trinke häufig (im übrigen nässt auch er nachts oft noch ein).

In dieser Umgebung lebte Gerhard, als er mit 6 Jahren in die Schule kam. Der Lehrer sagt von ihm, er sei nicht unbegabt und

könne schon etwas leisten. Allerdings sei er in ständiger Unruhe, in seinen Gedanken immer zerstreut. Er werde von der Mutter wenig sauber gehalten und komme oft so schmutzig und verwahrlost in die Schule, daß man ihn zuerst waschen müsse.

Aus dem Untersuchungsbefund: Gerhard macht bei der Untersuchung einen völlig verschüchterten Eindruck. Als die Mutter weggeht, weint er herzzerbrechend, da er offenbar Angst hat, er müsse jetzt allein dableiben. Allmählich beruhigt er sich und wendet sich sogar dem Untersucher zu. Er bleibt aber während der ganzen Zeit scheu und ängstlich verdrückt. Man muß ihn eigentlich immer ermuntern und ermutigen. Er spricht mit leiser ~~a~~pathischer Stimme, träumt auch oft einfach vor sich hin.

Gerhard ist ein verwahrlostes, verängstigtes und eingeengtes Kind, das völlig entmutigt ist und dem daher jeder frische kindliche Schwung und alle Unbekümmertheit fehlt. Er tritt der Welt nur unsicher und ohne Selbstvertrauen gegenüber, fühlt sich auch unter anderen Kindern isoliert.

Sein Verhalten ist durch eine starke innere Unruhe geprägt, der es aber an gestalterischen Impulsen völlig fehlt.

Zur Genese der Störungen: Der zarte und sensible Junge hat von jeher wenig warme Zuwendung und Liebe erfahren. In seiner jetzigen Situation wird er hinter dem Halbbruder zurückgesetzt und von der primitiven und groben Mutter wenig liebevoll erzogen.

Zur Katamnese: Eine Beratung der Mutter war wenig erfolgversprechend. Sie stimmte einer Heimunterbringung auch gleich zu. Gerhard kam in ein kleineres Heim mit ruhiger und warmer Atmosphäre, wo man sich intensiv um ihn kümmerte. Das Bettnässen ließ allmählich nach und verlor sich schließlich. Er war dort beliebt und fühlte sich offenbar wohl. Die Schulleistungen waren besser als vorher.

Nach einem Jahr nahmen die Eltern den Jungen wieder zu sich. Die häuslichen Verhältnisse haben sich ein wenig gebessert, die Familie bewohnt eine neue Wohnung. Das Einnässen des Jungen setzte aber schlagartig wieder ein, als er nach Hause kam.

3) Elvira

Elvira ist 15;8 Jahre alt. Sie wurde wegen einigen Diebstählen aus ihrer Verkäuferinnen-Lehre entlassen. Erst bei der Besprechung der Vorgeschichte stellte sich heraus, daß sie auch noch Bettnässerin ist.

Zur Vorgeschichte: Elvira war schon als Säugling ein ruhiges und braves Kind, wie die Eltern es sich nur wünschen konnten. Sie gedieh gut. Nur das ständige Bettnassen machte Sorgen - Elvira war nachts noch nie für längere Zeit sauber. Daran änderten auch Bettnässerkuren, Arztbehandlungen und eingenommene Medizinen nichts. Die Mutter hat immer sehr geschimpft, wenn das Bett nass war, sie hat Elvira anfangs sogar oft geschlagen. Seit Beginn der puberalen Entwicklung ist das Einnässen etwas seltener geworden, das Mädchen wacht aber morgens immer noch recht ängstlich und bedrückt auf.

Elvira ging nie in den Kindergarten, die Mutter hielt das nicht für nötig. Sie konnte auch nicht mit der 2 Jahre älteren Schwester spielen, da diese schon früh im Haushalt mithelfen mußte. Mit 6 1/2 Jahren kam Elvira in die Schule. Sie war dort wegen ihrer ruhigen und stillen Art gern gesehen, hat aber nicht besonders gut gelernt. Sie war zu gehemmt und zu schüchtern, um einmal hervortreten. So verließ sie die Volksschule nach der 8. Klasse mit knapp durchschnittlichen Zeugnissen und trat in eine Lehre als Verkäuferin ein. Dort nahm sie einige kleinere Gegenstände weg, um sie zu verschenken und wurde sofort entlassen.

In ihrer Freizeit ist Elvira meist zu Hause. Sie strickte gern, mußte der Mutter viel bei der Hausarbeit helfen. Ab und zu darf sie mit der Mutter oder der Schwester ein Café besuchen. Eine Freundin besitzt sie nicht, da dies nach Ansicht der Mutter doch zu nichts rechtem führte.

Die Verhältnisse sind, im Ganzen gesehen, also recht geordnet. Der Vater ist ein fleißiger, solider Mann, die Mutter hält jeden

Pfennig zusammen und kümmert sich sehr um eine geordnete Haushaltsführung. Sie kann allerdings daheim keine gemütliche Atmosphäre schaffen. Hinter dieser äußerlich geordneten Haltung sind nämlich recht massive Spannungen verborgen: die Eltern fühlen sich vom Schicksal benachteiligt und glauben, allen anderen Menschen gehe es besser. Der Umgangston in der Familie ist rau, aber nicht herzlich. Der Vater hat ein grobes primitives Auftreten und wird rasch laut. Die Mutter ist in ihrer ganzen Art hart und starr. Sie zeigt wenig Mütterlichkeit und Gemütswärme, scheint auch nicht immer aufrichtig zu sein.

Aus dem Untersuchungsbefund: Elvira ist ein sehr schlankes, hochgewachsenes Mädchen mit einem schmalen, zarten Gesicht. Sie wirkt kindlich schüchtern und tritt dem Untersucher etwas scheu und befangen gegenüber. Sie erledigt willig und brav alles, was man von ihr verlangt, zeigt aber wenig eigene Initiative und wirkt dadurch etwas lahm. Auch ihre zarte, weiche Stimme wird nur zaghaft eingesetzt und klingt dadurch matt.

Elvira ist ein sensibles, psychosthenisches Mädchen, das sich kindlich-naiv an die Gegebenheiten der Situation anpaßt und nur wenig Eigenwillen entwickelt. Sie schwingt gefühlsmäßig nicht frisch und lebendig mit, sondern bleibt verhalten und verklemmt. In ihrer introvertierten Haltung drückt sie vieles unverarbeitet in sich hinein.

Beim Intelligenztest erreicht sie einen IQ von 98. Sie könnte sicher mehr leisten, doch fehlt es ihr an vitaler Stoßkraft und an lebendigem Schwung, sie wendet sich der Welt nicht aktiv zu, sondern wirkt lahm. Dazuhin traut sie sich nicht sehr viel zu, es fehlt ihr also auch an emotionaler Stabilität. Sie kann durch gefühlsmäßige Spannungen leicht irritiert werden.

Zur Genese der Störungen: ein zartes, gefühlsweiches und empfindsames Mädchen von sehr zärtlichkeitsbedürftiger Art, das ständig unter dem Mangel an Nestwärme und Geborgenheit litt und statt dessen systematisch eingeengt, eingeschüchtert und entmutigt wurde. Affektive Spannungen werden über die Körpermotorik abgeführt, und zwar durch Aktivierung infantiler Verhaltenszüge.

Zur Katamnese: Es gelang, das Mädchen mit Hilfe der Berufsberatung des Arbeitsamtes in eine neue Lehrstelle zu einer sehr mütterlichen und warmherzigen Lehrherrin zu vermitteln. Die weitere Entwicklung verlief positiv, das Bettnässen verschwand nach einiger Zeit.

4) Lutz

Der 11;2-jährige Lutz macht nicht nur daheim, sondern auch in der Schule Schwierigkeiten. Der Lehrer klagt, er sei faul, störe den Unterricht durch seine frechen Bemerkungen und seine vorlauten Antworten und kümme sich nicht um die schulische Disziplin. Es fehle einfach schon an der häuslichen Betreuung.

Auch den Eltern folgt er nicht. Er hat zwar Angst vor dem Vater, kehrt sich aber nicht an seine Anordnungen, sondern benimmt sich vorlaut, ungeduldig, launisch und reizbar. Zudem ist er sehr nervös und nässt fast jede Nacht ein.

Zur Vorgeschichte: Lutz ist das Älteste von 3 Kindern. Er wurde während des Krieges geboren, als der Vater im Feld stand. Die Mutter lebte damals bei ihren Eltern in einem kleinen Landstädtchen. Als der Vater aus der Gefangenschaft zurückkam, bezog die Familie wieder die alte Wohnung, nur Lutz blieb vorläufig bei den Großeltern. Als ihn die Eltern mit 6 Jahren zu sich nahmen, begannen die Schwierigkeiten. Er nässte plötzlich wieder ein, zeigte sich bockig, trotzig, unfolgsam und in der Gemeinschaft aggressiv. Er schlief auch schlecht und sprach im Schlaf viel.

In der Volksschule gab es keine Schwierigkeiten. Dem Jungen fiel das Lernen sehr leicht, es flog ihm alles zu. Der Lehrer meldete ihn daher bereits nach der 3. Klasse zur Oberschule an. Er nimmt aber alles zu leicht, geht über vieles oberflächlich und flatterhaft hinweg, so daß es nicht recht haften bleibt. Jetzt besucht er die Oberschule. Auch dort hat er keine Schwierigkeiten.

Die Geschwister, die nach ihm geboren wurden, haben eine ganz andere Wesensart als er und machen den Eltern weniger Sorgen.

Die Schwester ist sehr fleißig und strengt sich in der Schule tüchtig an, der Bruder ist noch kindlich und verspielt.

Den Vater nimmt Lutz nicht ernst. Er hat wohl Angst vor den Strafen, hat aber keine innere Bindung. Der Vater wirkt nach außen frisch, lebendig und aufgeschlossen. Er hat im Krieg einen Arm verloren und entwickelt jetzt über seine Verbitterung und Enttäuschung hinaus eine Neigung zur Selbstbemitleidung. Dadurch ist sein Verhalten innerlich durch eine fahrigte Unruhe und launische Unausgeglichenheit gekennzeichnet.

Die Mutter muß mit zum Lebensunterhalt der Familie beitragen und ist daher ganztägig berufstätig. Sie hat deshalb wenig Zeit für die Kinder und ist abends müde und überarbeitet, wenn sie heimkommt. Es kommt immer wieder zu ehelichen Auseinandersetzungen, bei denen die Mutter meist etwas resigniert nachgibt. Sie durchschaut die Art ihres Mannes, hat aber nach der Arbeit nicht die Kraft, dagegen anzugehen.

Aus dem Untersuchungsbefund: Lutz ist ein lebhafter, fröhlicher und piffiger Leusbub, der im Lauf der Untersuchung fast etwas wild und umtriebig wird. Er tritt dem Erwachsenen keck gegenüber und sucht ihn durch seine Angeberei und saftige Übertreibungen zu imponieren. Dabei tritt nicht nur sein aufgeregtes, unruhiges, zappeliges und nervöses Verhalten immer mehr in den Vordergrund, der Junge wird auch unbekümmert aufdringlich und mutwillig, spielt die Rolle eines Großen.

Beim Intelligenztest erreicht er einen IQ von 123. Er faßt rasch auf, sein Denken ist geweckt und beweglich. Es fehlt ihm aber an Systematik, an Konzentration und Stetigkeit. Er läßt sich von jedem neuen Einfall irritieren, schweift ab und läßt sich immer weiter forttreiben.

Der Junge läßt sich in seinem Verhalten vorwiegend durch momentane Stimmungen und Gefühlsregungen leiten und lebt aus einer ständigen Erregungsgespanntheit heraus. Die Antriebsimpulse sind leicht weckbar, aber nicht nachhaltig, die Aktivität wirkt dadurch flatterig und wenig zielbestimmt. Im Vordergrund des wenig gefestigten und gesteuerten Strebens stehen Geltungs- und Steigerungstendenzen. Bei ihrer Frustration wendet sich der Junge aggressiv gegen seine Umgebung.

Dadurch lebt er an den Forderungen der Situation vorbei. Das Ausweichen zeigt sich auch an der Neigung, den Mangel an einer festen inneren Linie durch formale Gewandtheit zu überspielen statt zu verarbeiten.

Zur Genese der Störungen: Der gefühlsweiche Junge zeigt wenig innere Stabilität und kann daher auch durch äußere Spannungen und Umstellungen leicht irritiert werden. Er hat die Umstellung im 5. Lebensjahr nicht einfach überwunden, sondern wich in eine Fehlhaltung aus. Diese Fehlhaltung wurde durch die häusliche Situation (Vater ohne führende Autorität, Mutter hat keine Zeit, zahlreiche Spannungen, ungeschickte pädagogische Haltung der Eltern) verhärtet und verschleppt.

Zur Katamnese: Die Eltern gaben ihre Zustimmung zu einer psychologischen Betreuung, brachen sie aber nach einigen Wochen von sich aus wieder ab, obgleich noch kein Erfolg zu verzeichnen war. Die Störungen dauerten bis zum Ende der Beobachtungszeit unvermindert an.

5) Alfred

Der 6;0-jährige Alfred ist unehelich geboren und kennt seine Eltern nicht. Er wuchs stets in Heimen auf. Jetzt wird er zu einer Begabungsprüfung vorgestellt, da man an seiner Normal-schulfähigkeit zweifelt. Er ist auch immer noch starker Bett-nässer.

Zur Vorgeschichte:

Die Mutter war bei der Geburt ohne festen Wohnsitz. Sie gab ihn von der Klinik weg (mit 1 Monat) gleich in ein Säuglingsheim. Seither hat sie sich nie mehr um ihn gekümmert, sondern treibt sich ohne ständigen Aufenthalt als wilde Dirne herum. Sie ist bereits mehrfach vorbestraft (u.a. auch wegen Unterhaltspflicht-verletzung).

Im Säuglingsheim blieb Alfred von 0;1 - 1;2 Jahren, dann wurde er wiederum in ein anderes Heim verlegt. Von dort aus wurde er zunächst als eines der angenehmsten Kinder geschildert: er esse brav, sei ruhig im Wesen und auch noch nie krank gewesen.

2 Jahre später (er ist inzwischen fast 4 Jahre alt) berichtet das gleiche Heim, Alfred sei körperlich zwar normal entwickelt und gesund, seine schwache Begabung trete aber immer deutlicher zutage. Er sei seinem Alter entsprechend noch begriffsarm und im Sprechen weit zurück. Auch im Spiel mit Gleichaltrigen zeige er sich schwerfällig, antriebs- und teilnahmslos. Er könne sich nicht durchsetzen. Oft stehe er längere Zeit, regungslos ins Leere starrend, an einem Fleck und nehme offenbar gar nicht wahr, was um ihn vorgehe. Der Junge sei zudem sehr unsauber, nasse bei Tag und Nacht noch ein.

Mit 5;4 Jahren wurde Alfred in ein anderes Kinderheim verlegt. Nach einem halben Jahr berichtet die Hausmutter, die ihn ständig betreut und umsorgt, Alfred mache im Verhalten den Eindruck eines treuen Tierleins. Er habe sich zunächst vollkommen passiv und abwartend verhalten, sei aber dankbar für jede Zuwendung gewesen. Während dieser Zeit habe er weder eingenässt noch eingekotet. Erst allmählich sei er aus seiner scheuen Zurückhaltung herausgekommen und habe versucht, sich anzupassen. Dabei habe er vielfach alles bloß nachgemacht, ohne richtig zu begreifen, was um ihn herum vorgehe (er kannte z.B. kein persönliches Eigentum und keine Freiheit). Langsam erst konnte er sich einleben in die neue Gemeinschaft - und dabei stellte sich das Einnässen und Einkoten wieder ein.

Lange Zeit habe Alfred gar keinen rechten Kontakt zu anderen Kindern gefunden: er wollte allein bei den Erwachsenen im Vordergrund stehen. Dazu kam noch, daß er ständig fürchtete, er könne die ihn umgebenden Menschen verlieren, man könne ihn allein lassen.

Da Alfred sehr langsam und schwerfällig reagierte, machte er den Eindruck eines schwachbegabten Kindes. Er sprach auch noch schlecht. Das alles wurde aber durch eine rührende Anhänglichkeit und seine gemüthafte Ansprechbarkeit aufgewogen.

Aus dem Untersuchungsbefund:

Alfred ist ein schmalgebauter und fast zarter Junge, der dem fremden Erwachsenen nur gehemmt und unsicher gegenübertritt. Er nimmt eine verspannte Haltung ein und bleibt während des ganzen Untersuchung still und zurückhaltend.

Die Haltung des Kindes ist in vieler Hinsicht noch kleinkindhaft, man kann also eine deutliche charakterliche Retardierung feststellen. Beim Intelligenztest erreicht er dagegen einen IQ von 93. Er reagiert langsam, aber sehr gründlich und braucht eine ständige Ermutigung und Ermunterung, da er sich gar nichts zutraut. Im Vordergrund stehen also erhebliche Kontaktstörungen, die sich in der verspannten und verklemmten Haltung äußern. Sie sind offensichtlich Folge eines fränkkindlichen Hospitalismus. Kein Mensch hat sich richtig um den Kleinen gekümmert, man hat höchstens gesagt, daß er brav war.

Zur Katamnese: Alfred blieb weiterhin im Heim und wurde dort intensiv gefördert. Gleichzeitig fand sich auch eine kinderlose, aber kinderliebende "Tante", die ihn oft besuchte, mit ihm Ausflüge machte und zu sich nach Hause nahm. Der Junge blühte sichtbar auf. Seine Zuwendung zur Umwelt wurde gelöster und freier. Die Leistungen in der Volksschule sind ordentlich (bei einer zwei Jahre später erfolgten Nachuntersuchung war der IQ auf 102 gestiegen). Das Einnässen und Einkoten ist verschwunden.

6. Sylvia

Die 12;9-jährige Sylvia macht eigentlich außer dem Bettnässen keine Schwierigkeiten. Sie besucht die Volksschule mit durchschnittlichen Leistungen.

Zur Vorgeschichte: Sylvia wurde in den Wirren des Kriegsendes geboren. Die Mutter lebte mit 2 Töchtern im Kleinkindalter auf einem einsam gelegenen Bauernhof. Sie machte während der Schwangerschaft viel durch, nachdem sie die langjährige Untreue ihres Mannes entdeckt hatte.

Die Geburt Sylvias erfolgte bereits im 8. Monat, verlief aber im übrigen ohne Komplikationen. Als Säugling soll sie zunächst recht zart und apathisch gewesen sein. Die weitere Entwicklung verlief völlig normal, das Kind gedieh gut.

Sylvia wurde auch zur normalen Zeit trocken und nässte erst mit 8 Jahren wieder ein. Seither hat sich die Störung nicht wieder verloren.

Wie die Mutter berichten kann, war das Kind immer recht ruhig. Es sei brav in den Kindergarten gegangen und habe dort wie zu Hause auch nett mit anderen Kindern gespielt. Allerdings habe Sylvia eine starke Trotzphase durchgemacht. Auch heute noch sei sie oft eigensinnig und leicht eingeschnappt.

Mit 6 Jahren sei Sylvia eingeschult worden. Sie sei immer recht ordentlich mitgekommen. Allerdings sei sie immer rasch aufgeregt. Wenn sie in der Schule z.B. angeschrien worden sei, habe sie hinterher regelmässig nasse Hosen gehabt. Durch ihre Aufgeregtheit habe sie auch die Oberschulprüfung nicht geschafft. Jetzt sei Sylvia eine richtige Leseratte. Sie ziehe sich mit einem Buch in einen stillen Winkel zurück, sobald sie nichts anderes mehr zu tun habe. Sie versorge allerdings den Haushalt in der Abwesenheit der Mutter und sehe ihren ganzen Ehrgeiz darin, alles sauber, pünktlich und ordentlich zu haben.

Die Mutter sorgt für den (sehr hohen und anspruchsvollen) Lebensstandard der Familie und ist tagsüber meist nicht zu Hause. Sie ist eine temperamentvolle und grosszügige Dame, die vieles nicht so tragisch nimmt und im Leben mit einer gewissen robusten Aktivität und Durchsetzungsfreude ihren Mann steht.

Aus dem Untersuchungsbefund: Sylvia ist ein schlankes Mädchen von zarter Konstitution. Sie wirkt im Verhalten höflich und gut erzogen, kann aber gelegentlich auch recht schnippisch und wurstig herausplatzen wie ein frecher Lausbub, der es faustdick hinter den Ohren hat.

Ein empfindsames, stimmungsmässig leicht störbares Mädchen in der Pubertätsproblematik, das seine Unsicherheit hinter einem

wurstigen und fahrigen Verhalten verbirgt. Im Kontakt befangen, affektiv aber leicht erregbar und durch die Triebunruhe ängstlich getönte Grundstimmung. Starker Leistungsehrgeiz bei gut durchschnittlicher Begabung.

Zur Genese der Störungen: das leicht erregbare und empfindsame Mädchen schluckt tapfer viel unverarbeitete Erlebnisse, die es innerlich aufwühlen. Es wurde durch die dramatische Scheidung der Eltern (damals war es 8 Jahre alt) völlig durcheinander gebracht und findet bis heute nirgendwo eine seelische Hilfe und einen echten Halt. Daraus entwickelt sich in der Pubertät eine Protesthaltung.

Zur Katamnese: die Mutter ging vernünftig auf die Beratung ein. Das Einnässen verlor sich nach einiger Zeit.

C) Anhang: Psychodiagnostische Untersuchungen der Enuretiker

Im Anhang zur vorliegenden Arbeit sollen die im Hauptteil dargestellten Befunde und ihre Interpretation durch die gesonderte Darstellung einiger Testergebnisse ergänzt und unterbaut werden.

Während sich unsere gesamten Untersuchungsunterlagen aus einem wesentlich umfassenderen Material zusammensetzen, werden hier nur einige wesentliche Testverfahren (die Leitverfahren) kurz referiert. Wir besprechen im folgenden:

- 1) den Baumtest,
- 2) den Wartegg-Zeichen-Test
- 3) die Analyse der Handschrift,
- 4) den Rorschach-Test.

Neben den genannten Verfahren stützten sich unsere Untersuchungen noch auf Verhaltensbeobachtung und Exploration, auf Erzähltests, Szondi-Test, Rosenzweig-Picture-Frustrations-Test, TAT, CAT, Sceno-Test, Intelligenztests.

Wegen der weiten Streuung im Alter der untersuchten Kinder und Jugendlichen konnten nicht in jedem Fall dieselben Untersuchungsverfahren verwendet werden. Zudem wurden die psychologischen Untersuchungen nicht immer direkt für die vorliegende Arbeit, sondern im Rahmen der Erziehungsberatungsstelle beim Jugendamt Stuttgart durchgeführt.

Es muss deshalb ausdrücklich darauf hingewiesen werden, dass die mit einzelnen Tests gefundenen Gruppen A - E (mit den verschiedenen Unterteilungen) bezüglich der Zusammensetzung nicht miteinander identisch sind. Es sind also nicht jeweils die gleichen Kinder, die in der Gruppe A des Baumtests und der Gruppe A des Rorschach-Tests etc. erscheinen.

Die bei den Einzeltests gebildeten Gruppen A - E sind hinsichtlich ihrer Zusammensetzung auch nicht identisch mit den im Hauptteil aufgestellten Gruppen A - E.

Die Auswertung der Testergebnisse ist in keinem Fall erschöpfend, sondern immer nur andeutend.

1) Der Baumtest

Als grundlegende Literatur dient das Werk von KOCH (1958). Unsere Befunde von 130 Enuretikern sind in Tabelle 9 zusammengefasst. Um über die mehr intuitive Zusammenreihung von Befunden bei KOCH hinauszukommen, legten wir der Interpretation des Tests eine gewisse Systematik zugrunde (1), in die die einzelnen Befunde eingebettet sind.

Bei der Analyse der Baumzeichnung werden dabei zwei Interpretationsebenen unterschieden:

der Strich als Grundlage der Zeichnung
(Analyse der Ausdrucksbewegung),
das Bild als Produkt der Zeichnung
(Analyse der Gestaltung).

Beim Strich, der sich besonders in Richtung der vitalseelischen Grundeigenschaften auswerten lässt, wird besonders Breite, Druckstärke, Eile (Zügigkeit des Striches) und Bewegungsweise ausgewertet (in Anlehnung an die von der Graphologie erarbeiteten Grundsätze). Bei der Darstellungs- und Gestaltungsebene wird die Zeichnung als Darstellung der Persönlichkeitsstruktur und ihrer Entwicklung aufgefasst. In der Dynamik (erfasst nach Kraft, Verlauf, Richtung und Lage des Baumes) sehen wir dabei die Entfaltungsmöglichkeiten, die sich dann im Raum zeigen und ihn durch die jeweils verschiedenartige Aufgliederung auch gestalten (das Raumbild wird erfasst nach Grösse der Baumzeichnung, Struktur der Raumfüllung, Lage im Raum, Gesamtschwerpunkt, Verhältnis von Stamm und Krone).

Der erreichte Ausgleich zwischen Entfaltungsmöglichkeit und Gestaltung wird im Halt erfasst (Stabilität des dargestellten Baumes, Verhältnis von Kraft und Halt, Verhältnis zum Aussen und Innen). In diesen ganzheitlichen Rahmen fügen sich die Einzelmerkmale (vgl. KOCH 1958) differenzierend ein. Getragen wird die Analyse von der Feststellung der Reife, des charakterlichen und intellektuellen Entwicklungsstandes.

(1) Hier verdanken wir Herrn Dipl.-Psychol. E. Harrer, Stuttgart, zahlreiche wertvolle Anregungen.

In der Darstellungsebene zeigt sich uns die Persönlichkeit, wie sie sich selbst erlebt (wobei Wunschbild und Wesensbild nicht klar geschieden sind), die Strichanalyse dagegen weist uns auf die affektiv-vitalen Grundeigenschaften der Kinder hin, die wiederum mit dem Selbstbild verglichen werden können.

Auch hier (vgl. Tabelle 9) verwischt die Summierung der Einzelbefunde die feinere Differenzierung. Wir heben zunächst die Ergebnisse bei den verschiedenen Altersstufen heraus und versuchen dann, eine Zusammenfassung der hervortretenden individuellen Dominanten zu finden.

Der Strich ist bei allen Altersgruppen vorwiegend weich und dabei zart und dünn, die Bewegung rasch und unruhig ohne derben Druck. In und nach der Pubertät wird der ursprüngliche Strich teilweise verstärkt und überdeckt. Das soll die Unsicherheit der Bewegung verbergen, die im Laufe der Entwicklung immer stärker in den Vordergrund tritt. Der sichere Strich der 8- bis 11-Jährigen entspringt einer naiven und unreflektierten Sicherheit: die Zeichnungen werden in diesem Alter häufig mit kräftigem und wenig differenziertem Strich gemalt. Die Struktur dieser Zeichnungen ist einfach. Sie werden unbekümmert und meist gross in den Raum gestellt. Die Zeichenbewegung ist hier fest und abgesetzt. Der Übergang zu einem differenzierten Bild, herauswachsend aus einer zügig-lebendigen Pendelbewegung scheint also ein Entwicklungsvorgang zu sein. Aber noch während der Pubertät herrscht die abgesetzte Bewegung vor. Sie schafft in den meisten Fällen ein konturiertes Bild, das nach aussen fest abgegrenzt scheint, im Innern aber oft Ansätze zu Pendelbewegungen zeigt. Das freischwingende und Gelassene bleibt also verhalten: die Bewegung ist durch die Tendenz zur Steuerung meist unruhig-verspannt.

Es handelt sich bei unseren Enuretikern zum grossen Teil um psychasthenische, affektiv leicht erregbare und störbare Kin-

Tabelle 9

Ergebnisse bei der Untersuchung der Baum-
zeichnungen von Enuretikern

(n = 130)

	<u>Altersgruppen</u>									
	8 - 11		11 - 15		15 - 19		Zus.			
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
I) <u>Ausdrucksebene:</u>										
1) <u>Strichbreite:</u>										
dünn, schmal	14	23,8	5	9,6	2	10,5	21	16,8		
zart	19	32,2	26	50,0	10	52,6	55	42,7		
weich	18	30,5	14	26,9	4	21,1	36	27,7		
saftig	6	10,2	6	11,5	2	10,5	14	10,7		
breit	2	3,4	1	1,9	1	5,3	4	3,1		
ursprünglicher Strich überdeckt u. verstärkt	8	13,6	14	26,9	7	36,8	29	22,4		
2) <u>Druckstärke:</u>										
druckstark, derb	-	-	1	1,9	1	5,3	2	1,6		
kräftig	6	10,2	7	13,5	2	10,5	15	11,6		
zart	29	49,2	31	59,6	10	52,6	70	53,9		
weich	13	22,0	7	13,5	2	10,5	22	16,9		
kraftlos	11	18,6	6	11,5	4	21,1	21	16,1		
3) <u>Stricheile:</u>										
fahrig, gehetzt	8	13,6	8	15,4	3	15,8	19	14,6		
unruhig	10	16,9	7	13,5	5	26,3	22	16,9		
zügig	29	49,2	29	55,8	9	47,3	67	51,6		
schwunglos	6	10,2	4	7,7	1	5,3	11	8,5		
gehemmt, stockend	2	3,4	3	5,8	1	5,3	6	4,6		
lahm	4	6,8	1	1,9	-	-	5	3,8		
4) <u>Bewegungsweise:</u>										
fest, abgesetzt	42	71,2	33	63,5	6	31,6	81	62,4		
unabgesetzte Pendelbew.	17	28,8	19	36,5	13	68,4	49	37,6		
sicher	18	30,5	8	15,4	4	21,1	29	22,3		
unsicher	41	69,5	44	84,6	15	78,9	101	77,7		
konturiert	38	64,4	41	78,9	14	73,7	93	71,6		
schattiert, getönt	21	35,6	11	21,2	5	26,3	37	28,4		
schraffiert	-	-	-	-	-	-	-	-		
rund, weich	55	93,2	48	92,3	17	89,5	120	92,3		
eckig, hart	4	6,8	4	7,7	2	10,5	10	7,7		

	Altersgruppen							
	8 - 11		11 - 15		15 - 19		Zus.	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
I) <u>Darstellungsebene (Der Baum als Bild):</u>								
) <u>Die Dynamik:</u>								
) <u>Kraft:</u>								
kraftvoll, wuchtig	32	54,2	26	50,0	13	68,4	71	54,6
schwächlich, verkümmert	13	22,0	6	11,5	2	10,5	21	16,1
mittel	14	23,8	20	38,5	4	21,1	38	29,2
) <u>Verlauf:</u>								
frei verströmend	47	79,6	41	78,9	17	89,5	105	80,8
zögernd, gehemmt, verbogen	12	20,4	11	21,2	2	10,5	25	19,2
) <u>Richtung:</u>								
linksläufig	7	11,8	8	15,4	2	10,5	17	13,1
rechtsläufig	26	44,1	27	52,0	15	78,9	68	52,3
ambitendent	3	5,1	3	5,8	1	5,3	7	5,4
unausgeprägt	23	39,0	14	26,9	1	5,3	38	29,2
) <u>Lage:</u>								
linksschräg	5	8,5	7	13,5	1	5,3	13	10,0
rechtsschräg	15	25,4	8	15,4	1	5,3	24	18,5
steil	37	62,7	33	63,5	14	73,7	84	64,6
schwankend	2	3,4	4	7,7	3	15,8	9	6,9
) <u>Der Raum:</u>								
) <u>Grösse:</u>								
gross	35	59,4	34	65,4	14	73,7	83	63,9
klein	13	22,0	5	9,6	2	10,5	20	15,4
mittel	11	18,6	13	25,0	3	15,8	27	20,7
) <u>Struktur:</u>								
klar, harmonisch	32	54,3	29	55,8	11	57,9	72	55,4
) davon:								
stereotyp, primitiv	(19	32,2	9	17,6	1	5,3	29	22,3
gedrungen, nicht ausgezeugt	(6	10,2	7	13,5	5	26,3	18	13,9
harmonisch	(7	11,8	13	25,0	5	26,3	25	19,2
unklar, wirr	27	45,7	23	44,3	8	42,1	58	44,6
) davon:								
primitiv, wirr	(11	18,6	9	17,6	1	5,3	21	16,1
verströmt, zerflattert	(9	15,3	8	15,4	2	10,5	19	14,6
zerrissen, zerfahren	(7	11,8	6	11,5	5	26,3	18	13,9

	Altersgruppen								
	8 - 11		11 - 15		15 - 19		Zus.		
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	
3) Lage:									
Mittelfeld	15	25,4	11	21,2	6	31,6	32	24,6	
ganzes Blatt ausgefüllt	22	37,3	19	36,5	9	47,3	50	38,5	
verschoben	22	37,3	22	42,4	4	21,1	48	36,9	
davon:									
nach oben	(1	1,7	5	9,6	1	5,3	7	5,4	
nach unten	(13	22,0	4	7,7	1	5,3	18	13,8	
nach links	(6	10,2	13	25,0	2	10,5	21	16,2	
nach rechts	(2	3,4	-	-	-	-	2	1,5	
Benützung des Blattes im Querformat	(15	25,4	9	17,6	2	10,5	26	20,0	
4) Gesamtschwerpunkt:									
Mitte oben	2	3,4	3	5,8	1	5,3	6	4,6	
Mitte	30	50,8	27	51,9	10	52,6	67	51,5	
Mitte unten	14	23,8	9	17,3	5	26,3	28	21,6	
links oben	1	1,7	3	5,8	1	5,3	5	3,8	
links	3	5,1	8	15,4	2	10,5	13	10,0	
links unten	9	15,3	2	3,8	-	-	11	8,5	
5) Verhältnis von Stamm und Krone:									
Stamm stark betont	8	13,6	5	9,6	-	-	13	10,0	
Stamm betont	33	55,9	15	28,8	7	36,8	55	42,3	
Krone betont	5	8,5	8	15,4	7	36,8	20	15,4	
Krone stark betont	2	3,4	3	5,8	-	-	5	3,8	
Gleichgewicht	11	18,6	21	40,4	5	26,3	37	28,4	
6) Krone:									
links breiter als rechts	9	15,3	7	13,5	3	15,8	19	14,6	
rechts breiter als links	15	25,4	26	50,0	3	15,8	44	33,8	
Gleichgewicht	35	59,4	19	36,5	13	68,4	67	51,5	
breiter als hoch	29	49,2	26	50,0	8	42,1	63	48,5	
höher als breit	17	28,8	17	32,7	9	47,3	43	33,1	
Gleichgewicht	13	22,0	9	17,3	2	10,5	24	18,4	
C) Der Halt:									
1) Stabilität:									
fest	21	35,6	23	44,3	18	42,1	52	40,0	
unfest, schwankend	38	64,4	29	55,7	11	57,9	78	60,0	
2) Differenzierung (vgl. B 2):									
differenziert, ausgeformt	7	11,8	13	25,0	5	26,3	25	19,2	
primitiv, nicht ausgezeugt	35	59,4	25	48,1	7	36,8	67	51,5	
zerflattert, zerfahren	17	28,8	14	26,9	7	36,8	38	29,3	
3) Verhältnis nach aussen:									
geöffnet	51	86,4	39	75,0	12	63,2	102	78,4	
geschlossen	8	13,6	13	25,0	7	36,8	28	21,6	

Fortsetzung Tab. 9

	<u>Altersgruppen</u>						<u>Zus.</u>	
	8 - 11		11 - 15		15 - 19		Zus.	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
<u>Verhältnis von Kraft und Halt:</u>								
Kraft + Halt +	10	16,9	11	21,2	7	36,8	28	21,6
Kraft + Halt -	24	40,7	23	44,3	8	42,1	55	42,3
Kraft - Halt +	6	10,2	7	13,5	1	5,3	14	10,8
Kraft - Halt -	19	32,2	11	21,2	3	15,8	33	25,4
<u>Die Reife (Gesamteindruck in Bezug auf das Lebensalter, ohne Teilretardierungen):</u>								
leicht retardiert	20	33,9	17	32,7	12	63,2	49	37,7
stark retardiert	13	22,0	9	17,3	4	21,1	26	20,0
altersentsprechend	26	44,1	26	50,0	3	15,8	55	42,3

der, die über eine nur geringe seelische Robustheit verfügen. Sie sind häufig sensibel, vitalseelisch nicht sehr belastbar und reagieren motorisch unruhig (daher tritt auch in den meisten Bettnässer-Typologien der Typus neuropathicus so häufig auf). In ihrer ganzen Haltung sind die Kinder nicht nur unsicher und labil, sie zeichnen sich auch durch eine unruhige Verspanntheit aus. Dabei bemühen sie sich aber um äussere Festigkeit und suchen nach einem Halt in der jeweiligen Situation.

Wenn wir den Baum als Bild betrachten, fällt auf, dass ein grosser Teil der untersuchten Kinder retardiert ist. Die Zeichnungen entsprechen in ihrer Reife häufig nicht der jeweiligen Altersstufe (die Befunde wurden jeweils mit den Angaben bei KOCH 1958 verglichen). Häufig finden wir aber nur Teilretardierungen, die in den Zahlen der Tabelle 9 nicht erfasst sind. Teilretardierungen zeigten sich vor allem in folgenden Merkmalen: Strichäste, gerade Äste, einzelne tiefe Äste, Lötstamm, Stammbasis auf Blattrand, Dunkelfärbung des Stammes, Stereotype, übergrosse Früchte und Blätter, Aufstockungen, mangelnde Koordinierung, T-Stamm, Halb-T-Stamm. Diese Merkmale weisen darauf hin, dass die Retardierung weniger intellektueller, sondern vorwiegend affektiver Art ist. Die Kinder sind innerlich nicht an die Realität angepasst und wirken gefühls- und stimmungsmässig noch unreif. Vor allem fällt der schematisch-stereotype Zug im emotionalen Verhalten auf. Die Kinder sind oft gefühlmässig wenig differenziert und reagieren affektiv in einem gleichförmigen, festgelegten Stil.

Bei der Analyse der Darstellungsebene kann man in den meisten Zeichnungen eine kraftvolle Dynamik finden, die sich frei im Raum verströmt und ihn dabei oft völlig ausfüllt. Die Strukturiertheit (die wiederum ein wesentliches Reifungszeichen darstellt) macht meist einen wenig harmonischen Eindruck. Wenn auch die primitiv-wirren und die primitiv-unausgezeugten Strukturbilder im Lauf der Entwicklung zurücktreten, wiegen mit ihnen zusammen die Bilder immer noch vor, bei denen die Dynamik zerflattert. Während der Pubertät ist eine Zunahme der linksläufigen Gerich-

tetheit und der linksschrägen Lage zu verzeichnen. Meist wird aber das ganze Blatt beim Zeichnen ausgenützt. Der Gesamtschwerpunkt liegt im allgemeinen in der Mitte oder in der unteren Mitte. Bei Pubertierenden kommt der erwähnte Zug nach links verstärkt hinzu.

Die verströmende Dynamik nimmt dem Bild einen eigentlichen stabilen und bodenständigen Halt, es wirkt oft zerflattert.

Halt+ : Halt- = 50 : 100

Kraft+ : Kraft- = 98 : 52

In vielen Fällen wird also eine unechte vitale Stosskraft demonstriert, die aber auch im Bild ohne Beständigkeit und Halt zerlöst wird. Die unruhige Gespanntheit der Enuretiker zeigt also wunschildlich einen gesteigerten Anspruch, wird aber nicht gezielt eingesetzt.

Diese Ergebnisse bestätigen die Befunde, die bei der Analyse der verschiedenen Dimensionen der Gesamtpersönlichkeit gewonnen werden konnten. Sie decken sich auch weitgehend mit den Ergebnissen des WZT (vgl. unten Tabelle 5).

Wir bringen die Tabelle mit unseren ganzen Ergebnissen, haben aber im folgenden nur die Dominanten heraus, denen wir einige Deutungsansätze gegenüberstellen.

Befund:

Deutung:

Bei den meisten Zeichnungen fällt der zarte und weiche Strich auf, der druckschwach eingesetzt wird und dadurch nicht sehr fest und scharf konturiert wird.

Sensibilität, Reizsamkeit, Erregbarkeit, latente Affektbereitschaft, zarte und wenig belastbare Vitalkraft, Störbarkeit, Verletzbarkeit, Mangel an vitaler Stosskraft und Aktivität, dabei (oft flach) beweglich, fahrig und flatterig.

Der Strich ist im Tempo meist zügig und hat oft etwas unruhiges, flatteriges und sogar gehetztes an sich.

Befund:

Deutung:

Dadurch wirkt die Bewegung unsicher. Das wird noch dadurch verstärkt, dass sie trotz des lebhaften Striches häufig nicht elastisch-schwingend verläuft, sondern abgesetzt wird.

Leichte Gefühlserregbarkeit, Impulsivität, Reaktion aus dem Moment und aus der momentanen Stimmung heraus. Lebhafter, aber nicht sehr kräftiger und durchsetzungsfähiger Antrieb, der oft zerflattert und nicht zielbestimmt eingesetzt und gesteuert wird.

Die Zeichnungen selbst wirken dagegen meist recht kraftvoll und wuchtig (als Bild). Sie sind meist recht gross.

Zarter, wenig robuster und belastungsfähiger Antrieb, Irritierbarkeit und Störbarkeit, die aus einem wenig belastbaren Selbstgefühl stammt. Gleichzeitig aber auch Versuch, wegen dieser Unsicherheit die Impulse zu kontrollieren. Ängstliche Gehemmtheit, vorsichtige Anpassung, Mangel an freiem und unbeschwertem Mitschwingen, Verhaltenheit, unruhige Verklemmtheit.

Die im Bild dargestellte Dynamik verströmt aber ungehemmt und zwar

Drang nach ungezügelter Durchsetzung, Dominationsbedürfnis, Geltungsdrang, Wunschbild "gross, mächtig, stark". Dabei kritiklos und naiv.

entweder unruhig-zerlöst, zerflattert oder gar zerfahren,

Ungebremster und ungesteuerter Antrieb, der leicht nach aussen entladen wird. Spannungen werden nicht durchgehalten, sondern zerlöst. Mangel an Stabilität.

oder aber in einer plumpen, gedrunghenen Struktur.

Unruhige Gespanntheit, die sich flackernd im Affekt entlädt. Kein Affektdurchbruch.

Affektiv und emotional unentfaltet und wenig differenziert. Neigung zu ganzheitlichen affektiven Reaktionen, die teilweise recht aggressiv wirken.

Befund:

Die Zeichnungen wirken nach außen geöffnet, die dargestellte Dynamik verströmt also nach außen.

Bei den Zeichnungen ist links oben oft etwas nach links gedrückt.

Herausfallende Einzelmerkmale:

Stammbasis auf Blattrand

Stammbasis breit

Stamm und Halb-T-Stamm

Stammzone zentrifugal (mit Strichstrahlen)

Stammhöcker

Stammbruch im Geäst

Stammverdickungen und Einschnürungen

Stammereotypien

Bei der Betrachtung der Baumzeichnungen drängen sich aber neben den dominanten und durch sie bald verschiedenartige Zeichnungstypen auf, die im folgenden stichwortartig dargestellt und interpretiert werden sollen. Wir unterscheiden:

Deutung:

Wenig differenzierte Einfühlung und Eingliederung. Das Verhalten ist vorwiegend affektbestimmt.

Jähre und ungebremste Entladung der affektiven Spannungen, die also meist nicht aufgestaut, verklemmt und dann explosiv durchbrechen, sondern sich in einer ständigen unruhigen Erregtheit äussern.

Vorsichtige Verhaltenheit im Kontakt, geht nicht so recht aus sich heraus, weicht zurück (Mutterbindung, Mutterkonflikt?).

Kindliches Weltbild, Teilinfantilismen (bei über 12-Jährigen).

Hemmung, Gehemtheit,

undifferenziert, starker Erlebnisdrang, unentfaltete Affektivität.

Regression, strebig aber nicht strebsam, Fahrigkeit, Haltschwäche, Mangel an Ruhe, sprunghaft.

Retardierung, unentfaltetes Gefühlsleben, Schematisieren.

nervös, impulsiv, sprunghaft, flatterig, fahrig, Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen.

Hemmungen, verklemmte Affekte, Verdrängung.

Retardierung, Schematismus, Neigung zu stereotypen Verhaltensmustern.

(A) Zeichnungen mit zartem, dünnem Strich, die mit fahriger, unruhig-flatternder Bewegung gezeichnet sind und im ganzen einen zerlösten Eindruck machen. Sie waren entweder gross und weit angelegt oder nur klein und zierlich in eine Ecke gesetzt.

(B) Zart gezeichnetes Bild, sorgfältig und vorsichtig ausgeformt, in der Bewegung unsicher und oft verhalten. Der unsichere Strich (Strichelbewegung) ist zum Teil nachträglich in der Kontur verstärkt. Meist mittlere Grösse, sauber im Raum eingepasst.

(C) Zeichnungen mit fahriger, gehetzter und ungezügelter Bewegung, die zerfahren wirken und durch ihre oft ausfahrende und druckstarke Bewegungsführung einen aktiveren Eindruck machen als die Zeichnungen von (A). In der Darstellung zum Teil ungeordnet und unklar.

(D) Kleine, verdruckte Zeichnungen, die mickrig in eine Ecke verschoben sind. Die Bewegungen sind meist verspannt und verklemmt, die Kontur nach aussen starr abgeschlossen.

(E) Primitive Zeichnungen, die klotzig und wuchtig hingesetzt sind und dadurch plump und undifferenziert wirken oder aber unklare und ungeordnete Zeichnungen, deren Formen verbogen und verklemmt scheinen. Der Strich ist zum Teil zart und leicht, zum Teil auch derb, grob und langsam ausgeführt.

Die angeführten Gruppen von Baumzeichnungen kommen in folgender Häufigkeit vor:

Gruppen	8 - 11		11 - 15		15 - 19		Zus.	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
(A)	10	16,9	12	23,1	3	15,8	25	19,2
(B)	6	10,2	24	46,2	1	5,3	31	23,8
(C)	11	18,6	5	9,6	8	42,1	24	18,5
(D)	7	11,8	1	1,9	2	10,5	10	7,7
(E ₁)	25	42,4	4	7,7	1	5,3	30	23,1
(E ₂)	-	-	6	11,5	4	21,1	10	7,7
Zus.	59		52		19		130	

Die Zeichnungen vom Typ (A) stammen meist von etwas haltschwachen, seelisch wenig belastbaren und sensiblen Kindern, die in ihrer leichtblütigen Art recht unruhig und unsicher wirken. Es fehlt ihnen neben der Straffheit und intensiven Steuerung vor allem an seelischer Retentionsfähigkeit. Durch ihr zartes Empfinden gröberen Belastungen nicht gewachsen, reagieren sie innerseelische Spannungen teilweise über die Körpermotorik ab, wobei weniger der massive Affektdurchbruch oder Affektsturm als vielmehr die diffuse und langdauernde Erregung vorherrscht. Im Verhalten wirken die Kinder daher unruhig, unkonzentriert und flatterig; sie sind gefühlsmässig leicht ansprechbar, aber wenig festgelegt und geprägt. Daher kommt es ständig zu feinen Stim- mungs- und Gefühlsschwankungen. Die Kinder können sich nicht gut wehren und durchsetzen, obgleich sie oft einen ausgeprägten Geltungsanspruch zeigen.

Auch der Typ (C) zeigt in seiner etwas haltschwachen Art wenig innere Beständigkeit und nur flache emotionale Verarbeitung seiner Erlebnisse. Er ist aber durch eine wesentlich aktivere Haltung gekennzeichnet. Er wendet sich im Gegensatz zu (A) stärker nach aussen, ist aufgeschlossen und interessierbar, aber auch wesentlich launischer und eigenwilliger. Er wird von einer ständigen inneren Unruhe getrieben und passt sich nicht ohne weiteres störungsfrei in seine Umgebung ein. In einer jähen und ungebrems- ten Affektentladung kann er sich trotzig gegen die Haltung der Umwelt sperren und sich auch aggressiv gegen sie wenden. Er wirkt im Verhalten impulsiv, erregbar und unausgeglich.

Der Typ (B) ist dagegen ein ruhiger und unsicher verhaltener Psychstheniker, der sich ängstlich anpasst. Er ist hypersensibel und kann leicht verletzt werden. Intellektuell wirkt er zwar gut gesteuert, emotional aber ist er leicht störrisch. Dadurch verliert er in Belastungssituationen den Kopf, wird leicht aufgeregt und nervös. Er ist wenig durchsetzungsfähig.

Auch der Typ (D) ist unsicher und in sich verkrochen. Es sind Kinder mit gedrücktem Selbstwertgefühl, denen der ganze Schwung und Elan ge- nommen scheint. Sie ziehen sich entmutigt und ängstlich ganz in

sich selbst zurück und wirken im Kontakt unscheinbar und verschüchtert. Ihr Rückzug von der Welt, die sie als bedrohlich und ängstigend erleben, entspringt nicht ihrer Wesensart, sondern ist eine Selbstschutzhaltung. Die Kinder wirken oft niedergeknüppelt.

Der Typ (E) ist stark charakterlich retardiert und nur wenig differenziert in seiner Wesensart. Oft ist auch die Intelligenzleistung unterdurchschnittlich bis knapp durchschnittlich. Dadurch fehlt es den Kindern an zartem Empfinden, an Feingefühl, aber auch an intellektueller und willentlicher Steuerung. Das Erleben ist dumpf, das Verhalten stereotyp, derb, vorwiegend impulsiv bestimmt (THOMAE), die Auffassung stumpf. Es fehlt auch an intellektueller Klarheit und Ordnung, an Einsichtsfähigkeit und differenziertem Reaktionsvermögen. Es handelt sich hier vielfach auch um ungepflegte und vernachlässigte Kinder, die verständlicherweise in ihrer Gemeinschaftshaltung nur wenig differenziert angepasst sind und emotional nur wenig entfaltet wirken.

(E₁) kann trotz graphischer Ähnlichkeiten nicht mit (E₂) in einen Topf geworfen werden, da beim ersteren die kindlich-unreife Haltung und beim zweiten die grob undifferenzierte Art im Vordergrund steht, die allerdings meist auch mit einer erhöhten affektiven Erregbarkeit gekoppelt ist.

Während (C) auf allen Altersstufen gleichmässig stark vertreten ist, haben (A) und (B) ihren Schwerpunkt in der Pubertät. (E₁) finden wir gehäuft in der Gruppe der Vorpubertät (vgl. auch Beziehung der affektstruktur zur Haltung des Flegelalters!).

Bei (A) und (C) steht die Haltschwäche, der Mangel an Steuerung im Vordergrund (im ersten Fall passiv, im zweiten aktiv akzentuiert), bei (B) und (D) dagegen die Unsicherheit. Allen gemeinsam ist die stark erhöhte affektive Erregbarkeit. (E) fällt durch seine kindlich-undifferenzierte und teilweise auch durch seine primitiv-dumpfe Haltung heraus.

2) Der Wartegg-Zeichen-Test:

Als grundlegende Literatur dienen BONISCH (1939), WARTEGG (1953) und vor allem M. RENNER (1953). Die Befunde von 120 Probanden sind in Tabelle 10 zusammengefasst.

Die Ergebnisse decken sich weitgehend mit den Befunden, die bei der Interpretation des Baumtests erhoben werden konnten. Durch die Anmutungsqualitäten der kleinen, schwarz umrandeten Felder scheint aber eher ein druckstarker Strich herausgefordert zu werden.

Die Ergebnisse des Wartegg-Zeichen-Tests sind allerdings im ganzen nicht so prägnant und klar wie die des Baumtests.

Der Strich: der druckstarke und breite Strich tritt im Lauf der Entwicklung immer mehr zurück, so dass immer deutlicher der zarte, druckschwache Strich im Vordergrund steht. Während bei den jüngeren Kindern oft noch die unbekümmerte und ungesteuerte Strichführung vorherrscht, wird das Bild bei den Jugendlichen durch die Strichunsicherheit bestimmt. Gleichzeitig tritt die Bedeutung des abgesetzten Striches immer mehr zurück (der Wechsel vom abgesetzten zum unabgesetzten Strich scheint ein Reifungszeichen zu sein).

Die Form: die Formen bleiben fast durchweg gross. Sie werden aber etwas runder und weicher, wirken im ganzen bei den höheren Altersstufen auch aufgeschlossener (Tendenz zur Aufgeschlossenheit als 2. Reifungszeichen). Auffällig ist allerdings der Zwiespalt bei den einzelnen Probanden: in auffallend zahlreichen Fällen stehen grosse und kleine, runde und eckige, geschlossene und aufgelockerte Formen in schroffen Gegensatz auf dem gleichen Testbogen nebeneinander.

Der Raum: als 3. (wenn auch schwach ausgeprägtes) Reifungszeichen finden wir die Harmonisierung der Raumbildung. Im ganzen steht jedoch die Unausgewogenheit deutlich im Vordergrund. Besonders die 8-11-Jährigen und die älteren Mädchen neigen dazu,

Tabelle 10

=====

Merkmal:	Alter: 8 - 11		11 - 15		15 - 19		Zusammen	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
<u>Strich:</u>								
Druckstark	16	32,6	9	17,3	2	10,5	27	22,5
Druckschwach	33	67,4	43	82,7	17	89,4	93	77,5
Breit	26	53,-	24	46,1	8	42,1	58	48,3
Schmal	23	46,9	28	53,8	11	57,8	62	51,6
Fest (druckbreit)	10	20,4	6	11,5	2	10,5	18	15,-
Scharf (druckschmal)	6	12,3	3	5,8	-	-	9	7,5
Tonig (druckschwach u. breit)	16	32,7	18	34,6	6	31,6	40	33,3
Zart (druckschwach u. schmal)	17	34,7	25	48,-	11	57,8	53	44,2
Sicher	21	42,9	16	30,8	3	15,8	40	33,3
Unsicher	28	57,2	36	69,2	16	84,1	80	66,6
Abgesetzt	30	61,2	11	21,1	2	10,5	43	35,8
Unabgesetzt	19	38,8	41	78,8	17	89,4	77	64,1
Konturierend	40	81,7	37	71,1	11	57,8	88	73,3
Schattierend	9	18,4	15	28,8	8	42,1	32	26,7
<u>Form (1):</u>								
Gross	214	54,6	227	54,5	90	59,2	531	55,3
Klein	173	44,2	185	44,5	58	38,1	416	43,3
Rund	190	48,2	250	60,1	76	50,-	516	53,7
Eckig	197	50,2	162	38,9	72	47,3	431	44,9
Aufgelockert	111	28,3	157	37,7	85	55,9	353	36,7
Geschlossen	276	70,6	255	61,3	63	41,4	594	61,8
Versager	5	1,3	4	0,9	4	2,6	13	1,4
<u>Raum:</u>								
Fülle	41	83,8	36	69,2	15	78,9	92	76,7
Magerkeit	8	16,3	16	30,8	4	21,-	28	23,3
Unausgewogen	39	79,6	40	76,9	11	57,8	90	75,-
Harmonisch	10	20,4	12	23,1	8	42,1	30	25,-
<u>Inhalt (1):</u>								
Formlösungen ab- strakt	23	5,8	23	5,5	12	7,9	58	6,-
Formlösungen ästhe- tisch	-	-	9	2,1	15	9,9	24	2,5
Sachlösungen sta- tisch	151	38,5	156	37,5	42	27,6	349	36,3
Sachlösungen dyna- misch	63	16,1	79	19,-	17	11,2	159	16,5
Bildlösungen atmos- phär.	56	14,3	68	16,3	31	20,4	155	16,1
Bildlösungen phy- signom.	85	21,7	74	17,8	30	19,7	189	19,7
Sinnlösungen symbo- lisch	-	-	3	0,7	1	0,7	4	0,4
Sinnlösungen alle- gorisch	-	-	-	-	-	-	-	-
Ausdruckslösungen	9	2,3	-	-	-	-	9	0,9
Versager	5	1,3	4	0,9	4	2,6	13	1,4

(1) ausgezählt nach der Anzahl der Einzelbilder.

den Raum zu füllen.

Der Inhalt: hier stehen statische Sachlösungen im Vordergrund, danach folgen physiognomische Bildlösungen, dynamische Sachlösungen und atmosphärische Bildlösungen.

Inhaltliche Lösungen, die einen Bezug zur Enuresis aufweisen (z.B. Wasser, Wasserhahn, Schiff im Meer etc.) kamen in Einzelfällen vor, zeigen aber keine statistische Relevanz.

Wesentlich für unsere Probanden scheinen die Felder 2, 4 und 5 zu sein. Im Feld 2 wurden oft diffuse und ungestaltete Lösungen gebracht (Wolken, Vogel am Himmel, Wellen etc.), die auf eine hohe Gefühlserregbarkeit und Stimmungslabilität hinweisen. Die Lösungen des Feldes 4 waren oft inadäquat und an der Grenze des Versagens. Die Schwere des Zeichens wurde häufig nicht bewältigt (unverarbeitete Angstgefühle). Beim Feld 5 fanden sich häufig dynamische Sachlösungen, die indirekt auf aggressive Tendenzen hinweisen.

Im folgenden werden wiederum die Dominanten unserer Befunde herausgehoben und mit Ansätzen zur Interpretation (nach M. RENNER 1953) versehen:

Befund:

Der Strich ist zart oder tonig, die unsichere Bewegung herrscht vor.

Deutung:

Erhöhte Sensibilität und Gefühlserregbarkeit. Lebhafter, aber labiler Antrieb, der wenig stosskräftig und durchsetzungsfähig wirkt. Psychasthenische und wenig belastbare Art. Dabei gefühls- und stimmungsmässig leicht ansprechbar, weich, unsicher und störrisch.

Die Tendenz zur abgesetzten Bewegung tritt immer mehr zurück. Dadurch werden auch die Formen aufgelockerter und runder.

Impulsivität und Gefühlserregbarkeit, Reaktion aus der momentanen Stimmung heraus, erhöhte Eindrucksempfänglichkeit, die eine motorische Unruhe und Diffusität nach sich zieht. Kei-

Befund:

Inhaltlich stehen statische Sachlösungen im Vordergrund, danach folgen physiognomische Bildlösungen und dynamische Sachlösungen.

Im Raumbild sind die Zeichnungen meist unausgewogen und oft nur diffus durchgestaltet. Fülle und Magerkeit kommen bei manchen Probanden nebeneinander vor.

Deutung:

ne gezielte Aktivität, sondern Zerflattern der Affektspannung.

Für die Realität aufgeschlossen, praktische - wenn auch kindliche - Einstellung, Neigung zu konkreter und sachlicher Haltung. Daneben erhöhte Eindrucksempfänglichkeit, Reaktion aus der Spannung des momentanen Eindrucks heraus.

Mangelnde Freiheit im Gestalten, verklemmte und gehemmte Impulse. Vor allem gefühlsmässig gehemmt, ängstliche Verhaltenheit. Die tragende Gefühlsschicht ist gestört, die Kinder sind in sich und in der Haltung zur Welt unausgewogen.

Die Enuretiker müssen zusammenfassend also auch hier als empfindsame und etwas labile Kinder geschildert werden, denen es grossenteils an vitaler Durchsetzungsfähigkeit und Widerstandskraft fehlt. Sie können daher schon bei durchschnittlichen Belastungen irritiert werden. Durch ihre Selbstunsicherheit gelingt aber auch der Versuch einer intellektuellen oder willensmässigen Steuerung der Gefühlsregungen und impulsiven Strebungen nicht vollständig. Es kommt weniger zur inneren Verarbeitung der Erlebnisse, sondern mehr zur Verklemmung und Verkrampfung. Die Spannungen, die dabei in den Kindern entstehen, werden offensichtlich auch nicht direkt entladen. Durch ihre verklemmte Haltung wirken die Kinder ängstlich, gefühlsmässig gehemmt und oft unsicher verschlossen. Sie trauen sich nicht sehr viel zu und können leicht aus dem seelischen Gleichgewicht gebracht werden. Es fehlt ihnen oft auch an einer stabilen, geraden und

bestimmten Haltung. Sie schwanken in ihren Stimmungen und Gefühlen recht erheblich, ihre Aktivität wirkt dadurch flatterig und unkonzentriert.

Daneben fallen aber immer wieder auch Enuretiker mit grobem und klotzigem Verhalten auf, die in ihrer Verhaltensweise völlig affektbestimmt wirken und häufig emotionale Spannungen in Primitivreaktionen entladen.

3) Analyse der Handschrift:

Die Handschrift wurde durch ganzheitliche Eindruckscharaktere und Einzelmerkmale erfasst. Als grundlegende Literatur wurden u.a. benützt KLAGES (1956), M. BECKER (1949), PULVER (1955), POPHAL (1949), MÜLLER-ENSKAT (1949, 1961).

Die zunächst erarbeiteten Merkmalskurven wurden später durch den Versuch einer Syndromatik der Handschrift ersetzt (Tabelle 11). Die Anzahl der Probanden ist aus unten angegebenen Tabelle ersichtlich.

Die Ergebnisse der Handschriftenuntersuchung entsprechen mit überraschender Genauigkeit der Interpretation des Baumtests. Es wurden drei Haupttypen herausgearbeitet, die sich teilweise noch in zwei Untergruppen gliedern lassen und so insgesamt auch fünf Gruppen verschiedenartiger Persönlichkeitsstruktur ergeben. Wir bringen zunächst die graphischen Dominanten der einzelnen Typen und stellen ihnen wieder Deutungsinweise (nach MÜLLER-ENSKAT 1949 und KLAGES 1956) gegenüber. Danach soll die Charakterstruktur für die einzelnen Gruppen jeweils im Zusammenhang interpretiert werden.

Die empirisch erarbeiteten Syndrome sind auf Tabelle 6 dargestellt. Wenn wir diese Strukturtypen nach den einzelnen Altersstufen aufgliedern, lassen sich die Befunde auch entwicklungspsychologisch auswerten. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass die Gruppe der 8-11-Jährigen erheblich eingeschränkt wurde. Den jüngeren Kindern fehlt oft noch die technische Schreibreife und damit den Schriften auch der individuelle Ausdrucksgehalt. Daher werteten wir nur die Schriften der über 10 Jahre alten Kinder aus. Die stärkste Gruppe ist die der Pubertätierenden.

Zunächst die zahlenmässigen Ergebnisse:

Gruppe	Alter			Zusammen
	10 - 11	11 - 15	15 - 19	
I	3	16	6	25
II A	3	9	1	13
B	2	10	5	17
III A	3	6	2	11
B	1	8	5	14
Zusammen	12	49	19	80

Tabelle 11

Gesamtbild und Einzelmerkmale bei der Schriftanalyse von
Enuretikern

Gruppe I: Puberale Zuchtform, verklemmte Bewegungsführung
bei starkem Gestaltungsbedürfnis

Zuchtform, Deckzüge (besonders bei Girlanden und Arkaden), Tendenz zur Regelmäßigkeit, Völle im Mittelband, Enge, linksläufig eingekrümmte Züge, larvierte Linksläufigkeit, Oberlängenverkümmern, verbogene Formen.

Verklemmte Bewegung, Druckschwäche, Versteifungsgrad IVa, Tendenz zur Langsamkeit und Bereicherung, schwankende Zeilenführung und Lage.

Anfangsbetonung, eher Größe, Unterlängen größer als Oberlängen, Unterlängen verschnöckelt oder nach links gebogen, teilweise auch abgesetzt.

Gruppe II: Kindlich, ungeformt, naiv

A) Große Schrift:

Unregelmäßige, etwas fahrig und wenig gesteuerte Bewegung, dabei oft langsam und nicht sehr gewandt. Ungegliedert im Raum, Schwankungen grober Art in der Strichführung, unrythmische Massenverteilung, Versteifungsgrad II mit IVa, Verschiebungen. Verbundenheit, Tendenz zur Druckschwäche, Längenunterschiede groß. Kindliche, wenig durchgeformte Züge, unausgeprägte und gemischte Bindungsformen, naive Gestaltungen, steil bis rechtsschräg in der Lage.

B) Kleine Schrift:

Ungegliedert, Formen dicht gedrängt und komprimiert im Raum, Schwankungen mittlerer Art in der Zeilenführung, in Größe und Enge, Tendenz zur Eile und zur Druckschwäche, gemischte Bindungsformen mit Deckzügen, Enge, Längenunterschiede klein, Tendenz zur Vereinfachung.

Gruppe III: Labil, fahrig, ambivalent, ungesteuert

A) Eile, fahriger Strich:

Fahrig Züge nach rechts und oben, ungesteuerte Bewegung, scharfer und spitzer Strich, dabei zum Teil verklemmte Bewegung. Längenunterschiede groß, ambivalente Haltung zwischen Links- und Rechtsläufigkeit, nach links umkippende Unterlängen. Strichstörungen, Nachbesserungen, Unregelmäßigkeit, Schwankungen in Größe, Zeilenführung und Druckstärke (sporadische Druckstellen). Eher Druckschwäche, unausgewogene Massenverteilung, Enge, Tendenz zu Winkeln und zur Magerkeit. Versteifungsgrad II - I mit teilweise Versteifungseinschlag.

B) Unregelmäßigkeit:

Weiche und labile Strichführung, wenig Halt und Durchformung, Schwanken aller Elemente (auch ganze Partien in versch. Stil), Bindungsformen unausgeprägt, ungliedert, eher Druckschwäche, unausgeformte Gestalten, verbogene und mißlungere Formen, Tendenz zur Langsamkeit und Enge, Versteifungsgrad II - I.

Der Pubertätstyp tritt natürlicherweise im Lauf der Entwicklung immer stärker in den Vordergrund. Aber auch die kindlichen Schriften behalten ihre Vorrangstellung, wenn auch die naiv und ungelenk grosse Schrift abgelöst wird durch die kindlich-verklebten und eingeengten Schriften. Auch beim Typ III kommt es zu einer Umschichtung: während bei den Jüngeren die fahrige und ungezügelte Bewegung vorherrscht, steht bei den älteren Jugendlichen die unregelmässig-labile Bewegung ohne viel aktive Energie an erster Stelle.

Befund:

Deutung:

Bei I finden wir verklebte, druckschwache Bewegung (Versteifungsgrad IVa) mit der Tendenz zu langsamer Ausführung.

Erregbare, aber flatternde und dünnblütige Dynamik, latente Affektbereitschaft bei labiler und empfindsamer Haltung. Wenig Stosskraft und vitalseelische Belastbarkeit. Im Lebensbezug zaghaft und ängstlich-verhalten. Antriebs-
lebendigkeit häufig verklebt.

Formbild oft in regelmässiger Zuchtform, häufig mit Deckgirlanden und -Arkaden, Neigung zu Regelmässigkeit und Enge.

Steife Eingeschientheit aus innerer Unsicherheit. Hinter der unechten äusseren Fassadenhaltung wird Empfindsamkeit und egozentrische Selbstunsicherheit abgeschirmt. Im Kontakt unfrei, befangen, gehemmt. Tendenz zur Affektverdrängung.

Befund:

Deutung:

Neben der Völle im Mittelband finden sich dabei verkümmerte Oberlängen, ferner Anfangsbetonung und Grösse.

Mangel an Auftrieb und aktivem Schwung. Vorwiegend personelle gefühlshafte Einstellung. Hoher persönlicher Anspruch, der oft nicht vom Können getragen wird und daher innere Spannungen schafft. Durch egozentrische Haltung hohe Empfindlichkeit und Verletzbarkeit.

Bei I handelt es sich um unsichere Jugendliche, die im Verhalten ausgesprochen unfrei und verklemmt wirken. Sie sind sehr sensibel und gefühlsmässig leicht erregbar, reagieren auch rasch verletzt auf harmlose Begegnungen. Es sind im Grunde vitalseelisch wenig belastbare Jugendliche, die sich sehr "selbst-bewusst" (im Sinne des englischen self-conscious) gegenüberstehen und in ihrer egozentrischen Haltung nicht recht von der eigenen Person loskommen. Stimmungs- und gefühlsmässig wirken sie noch recht labil und unsicher (entsprechend der Gruppe (B) beim Baumtest). Affektive Impulse werden häufig verklemmt und verdrängt. Das Wunschbild der eigenen Person entspricht nicht dem Selbstbild, da das Anspruchsniveau überhöht ist.

Befund:

Deutung:

Die Schriften der Gruppe III wirken im ganzen labil fähig, ambivalent und ungesteuert. Bei einer Untergruppe stehen dabei die Eile und Fährigkeit des Strichs im Vordergrund.

Impulsive Reaktion aus der momentanen Stimmung heraus. Verströmte und zerflatternde Antriebslebensbedingtheit, der es aber an Wucht fehlt. Die Aktivität wirkt unüberlegt, oberflächlich, labil und unruhig. Sie wird nicht gezielt eingesetzt, sondern besteht in ungesteuerten Augenblicksimpulsen.

Scharfer, spitzer Strich, Längenunterschiede gross, Unregelmässigkeit.

Befund:

Ambivalente Haltung zwischen Links- und Rechtsläufigkeit, unausgewogene Massenverteilung.

Bei der anderen Untergruppe steht die Unregelmässigkeit im Vordergrund. Die Strichführung ist weich und labil, es fehlt ihr an Halt und Durchformung. Dadurch schwanken alle Elemente.

Ungegliedert im Raum. Bindungsformen unausgeprägt.

Deutung:

Reizbare und empfindliche Haltung in sich verspannt und unruhig. Will ehrgeizig über sich hinauskommen, zersplittert sich aber und kann nicht mit Ausdauer und Konzentration bei einer Sache bleiben, wendet sich auch kritisch und aggressiv gegen die Umgebung.

Kontaktstörung und Ambivalenzen, auf die innere Unruhe und Verspannung zurückgehen, nicht zuletzt auf die erregbare und störbare persönlichkeitliche Haltung.

Weich, labil, wenig durchsetzungs-kräftig. Im Erleben und Verhalten ganz stimmungs- und gefühlsbestimmt. Ablenkbar, verführbar, ungefestigt schwankendes Selbstgefühl.

Unklar, stimmungsgetragen, durch das erlebnisgebundene Denken Neigung zu primitiven Ausweichreaktionen. Stellt sich einer Situation nicht, auch im Kontakt unklar, ohne feste und beständige Bindung.

III (als Hauptgruppe) umfasst labile, fahrige und haltschwache Jugendliche, die in ihrer unausgeglichene und dabei egozentrische empfindsamen Haltung zu überschüssenden Reaktionen neigen. Neben dem weichen, labilen und wenig geprägten Enuretiker finden wir hier den impulsiven und aggressiven Draufgänger, der sich nicht ruhig einordnet, sondern durch seine ambivalente Haltung launisch unbeherrscht und stimmungs-labil wirkt. Beiden Gruppen gemeinsam ist die lebhaft, extravertierte und ungesteuerte Verhaltensweise, die unreife und unausgeglichene Haltung. Während jedoch der erstgeschilderte Typ nur kindlich und unfertig wirkt, bei

Belastungen auch gern weich ausweicht in eine passive Haltung, ist der zweite oft spezifisch gestört und reagiert seine Spannungen durch jähe und aggressive Affektentladungen ab (die beiden Typen entsprechen den Gruppen (A) und (C) bei der Baumzeichnung).

Befund:

Deutung:

Die Schriften der Gruppe II machen einen kindlichen, ungeformten und naiven Eindruck.

Bei einer Untergruppe steht dabei die etwas ungelenk wirkende Schriftgrösse im Vordergrund. Die Bewegung ist oft langsam und nicht sehr gewandt.

Gefühlsgebunde, naive und kritiklose Einstellung, tritt der Welt in einer kindlich-unreifen Haltung gegenüber. Verhalten durch Kindlichkeit oft unangepasst, aber nicht aktiv störend.

Bewegung unregelmässig und wenig gesteuert. Schwankungen grober Art in der Strichführung.

Affektbetont, Neigung zu Primitivreaktionen. Gefühlsmässig wenig differenziert, plump und manchmal fast etwas stumpf.

Die zweite Untergruppe fällt durch die Kleinheit der Schrift auf. Die Formen stehen verklemmt, dicht gedrängt und komprimiert im Raum. Enge.

Sensible, gehemmte Kinder, denen jede Frische und jugendliche Schwung genommen zu sein scheint. Wirken etwas verkrochen, ziehen sich durch ihre Unsicherheit in sich selbst zurück.

Affektiv leicht erregbar, aber in der Reaktion verkrampft. Angst. Im Kontakt wenig mitschwingend, zaghaft und misstrauisch verhalten.

Längenunterschiede klein, Tendenz zur Eile und Druckschwäche.

Verschlossen, nicht aus sich herausgehen können, Mangel an Schwung und Interesse, unentfaltet im Streben. Dabei lebendig, sensibel und störrisch. Können leicht aus dem Gleichgewicht gebracht und unter Druck gesetzt werden.

Gruppe II besteht aus charakterlich stark retardierten, kindlich und wenig geprägt wirkenden Jugendlichen, die durch ihre plumpen und unkritisch-naive Art in der Gemeinschaft störend wirken können. Das Antriebsgeschehen ist impulsiv, nur wenig differenziert und gesteuert. Die Jugendlichen fallen durch ihre etwas harte und unbeflissene Art auf, sind oft der Problematik ihres Alters nicht voll gewachsen und neigen im Verhalten zu unüberlegten, kurzschlüssigen Primitivreaktionen, die im allgemeinen aus einem dumpf erlebten Drangzustand heraus erfolgen.

Von diesen Jugendlichen unterscheidet sich die zweite Untergruppe grundsätzlich (obgleich graphologisch und psychologisch Zusammenhänge vorhanden sind). Es handelt sich hier um verklemmte, unfrei und in sich verbrochen wirkende Jugendliche, die einerseits einen kindlichen Eindruck machen (in der Entfaltung genannt), andererseits aber noch Entfaltungsmöglichkeiten in sich tragen.

4) Der Rorschach-Test:

Als grundlegende Literatur wurde benützt: KLOPPER + KELLEY (1946), RORSCHACH (1948), ZULLIGER (1952), BOHM (1957, 1960), BRÜCKNER (o.J.).

Der Rorschach-Test ist besonders gut geeignet, um die Persönlichkeitsstruktur und ihre innerdynamischen Grundlagen zu untersuchen. Gerade durch dieses Verfahren können auch die Konflikte der Probanden gründlich aufgeheilt werden. So ist es richtig, wenn DUNBAR in ihrem Werk über PSYCHOSOMATIC DIAGNOSIS (1948, S.676) schreibt: "The Rorschach Test is especially well adapted to this kind of diagnosis. It offers a concise description of the distribution of psychic energy in various types of experience, of the imbalances and inefficiencies of this distribution according to norms of psychic health." Sie glaubt im Rorschach-Verfahren auch ein besonders geeignetes Mittel zu finden, um verschiedene Persönlichkeitstypen (auf psychodynamischer Grundlage) unterscheiden zu können.

GOLDMANN und BERGMAN (1945) untersuchten 137 Enuretiker im Militärdienst. Sie fanden keine bestimmten Persönlichkeitstypen, nahmen aber an, dass die Enuresis allgemein eine Attitüde der Hoffnungslosigkeit entwickle. Daher finde man unter den Patienten besonders oft ruhige, passive, sensitive und sehr gewissenhafte Menschen.

In 50 Fällen führten die Verfasser den Rorschach-Test durch. Sie fanden dabei (zitiert nach DUNBAR 1954, S.527) im allgemeinen "emotional and intellectual impoverishment. Lack of spontaneity and inadequate emotional adjustment to the outer world were usual." Enuresis sei also der Versuch, die infantile Umsorgtheit zu erhalten und gleichzeitig der Ausdruck verdrängter Feindseligkeit.

In einer früheren Studie geht GOLDFARB (1942) von den Befunden von MICHAELS AND GOODMAN aus, die festgestellt hatten, Enuresis "in its stubborn persistence reflects psycho-somati-

ally the lack of an internal inhibitory agent just as delinquency reflects this lack socio-psychologically" (zitiert nach GOLDFARB 1942, S.28).

Bei der Analyse der Rorschachprotokolle von 8 Emmentaler-Kindern im Alter von 7 - 10 Jahren konnte der Autor die Befunde bestätigen, die BOCK an einem "typischen Fall" gewonnen hatte. Die Charakterbilder waren in sämtlichen Fällen atypisch. Alle Kinder aber waren unreif (lacking in maturity).

Im weiteren Verlauf liessen sich zwei Gruppen unterscheiden:

- 6 Kinder zeigten "patterns of instability of the overt, aggressive, affectively uncontrolled variety".

(Zunahme der Farbantworten, besonders der FbF und Fb; Reduzierung der B-Antworten, dadurch Überwiegen der Farben über die B; Reduzierung der V und des T %; Zunahme der G, vor allem der G-)

- 2 Kinder zeigten ein anderes Bild: sie waren unsicher, ängstlich, gehemmt, gesperrt. Die Aggression wendet sich nach innen, es kommt zu einem Rückzug von der Umgebung.

Hier mag nur kurz beigefügt werden, dass sich diese Befunde mit unseren seitherigen Ergebnissen decken. Auch wir fanden als einen dominanten Wesenszug den Mangel an Steuerungs- und Retentionsfähigkeit und konnten Strukturtypen in zwei Richtungen unterscheiden (extravertiert - aktiv - aggressiv und verklemt - unsicher - psychasthenisch).

Unsere eigenen Untersuchungen liegen 100 Rorschachprotokolle zugrunde. Der Test wurde dabei nur bei Kindern über 8 Jahren angewandt. Leider fehlen uns immer noch sichere und zuverlässige Normen zur Abgrenzung der Befunde. Als Anhaltspunkt wurden die in der Literatur angegebenen Normen (bes. BOCK 1960) benutzt. Daneben mag als weiteres Korrigens auch noch die eigene Erfahrung in der Erziehungsberatung angesehen werden.

Um einen Überblick über unser Material geben zu können, gliedern wir es zunächst nach verschiedenen Altersstufen auf:

<u>Alter</u>	<u>Anzahl der Proto- kolle</u>	<u>Durchschnittliche Antwortenzahl</u>
8;1 - 11;0	35	25,6
11;1 - 15;0	46	22,6
15;1 - 19;0	19	21,6

Aus den obigen Angaben über die durchschnittliche Antwortenzahl (die natürlich eine weite Streuung verbirgt) kann entnommen werden, dass die Ergebnisse bei den einzelnen Gruppen im ganzen vergleichbar sind.

Im Mittelpunkt der Interpretation steht die Affektdynamik (vgl. besonders RORSCHACH 1948, S.93 ff.), die nicht nur nach ihrer inneren Struktur, sondern auch im Hinblick auf ihre Äusserungsform und auf ihre Steuerung untersucht werden soll. Dabei interessiert neben der Selbststeuerung der Affekte vor allem die Regulation durch andere Persönlichkeitszentren.

Der Erlebnistypus (ET) war bei unseren 100 Probanden (nach Altersgruppen gegliedert):

ET	Alter	8 - 11	11-15	15-19	Gesamt
koartiert- koartativ		14 (40,0 %)	24 (52,2 %)	11 (57,9 %)	49
extratensiv		14 (40,0 %)	9 (19,6 %)	3 (15,8 %)	26
introversiv		3 (8,6 %)	9 (19,6 %)	5 (26,3 %)	17
ambiäqual		4 (11,4 %)	4 (8,7 %)	0 (-)	8
		35 (100,0 %)	46 (100,1 %)	19 (100,0 %)	100

Die Zahlen in Klammern bezeichnen die Prozentwerte, die immer auf die einzelne Altersgruppe bezogen sind.

Es wird deutlich, dass nicht nur der introversive Erlebnistyp im Laufe der Entwicklung zunimmt, sondern auch der extratensive in starkem Maße immer mehr zurückgeht. Erstaunlich ist dabei aber, dass sich die Tendenz zur Koartation mit zunehmenden Alter immer deutlicher ausprägt. Sie bildet auch bei den Enuretikern, die bereits in der Adoleszenz stehen, einen eindeutigen Schwerpunkt. Wenngleich die vorgelegten Ergebnisse teilweise entwicklungsbedingt sein mögen, wird doch eine bestimmte Affektstruktur deutlich, die für Enuretiker typisch zu sein scheint und später von anderen Seiten her näher beleuchtet werden kann. Als Vergleich zu diesen und den folgenden Befunden zogen wir vor allem BOHM (1960) heran, vorzugsweise die Tabellen 12, 15, 16 und 17 des Abschnitts VI (a.a.O., S.58 ff.).

Die Affektivität bei den von uns untersuchten Kindern ist in vielen Fällen verspannt und verhalten, kann sich trotz eines starken inneren Drucks nicht frei durchsetzen und äussern. Von hier aus sind bei den koartierten und koartativen Erlebnistypen zahlreiche Konfliktmöglichkeiten gegeben. Die ersteren wirken wesentlich zarter und weniger stosskräftig in ihrer Affektstruktur, während die zweiten bei starkem Affektdruck verspannt und verklemmt sind. Auch bei den Extratensiven treten zahlreiche Konflikte auf. Es handelt sich eher um soziale Konflikte mit der Umgebung, bei den Introversiven dagegen werden äussere Spannungen und Konflikte mit der Umwelt ins Binnenfeld (LEWIN) übernommen. Auch sie scheinen affektiv weniger stosskräftig und straff zu sein. Bei den ambidqualen Erlebnistypen findet man ein labiles und dabei gespanntes Schwanken zwischen verschiedenen Haltungen, in keinem Fall aber den (grundsätzlich möglichen) Ausgleich.

Die Erlebnisrichtung (im Sinne RORSCHACHS) zeigt uns noch nicht den Störungsherd aus dem heraus eine Enuresis sich entwickelte. Sie ist aber mitbestimmend, wie die Störung verarbeitet wird und auch dafür, in welcher Weise sie in Erscheinung tritt. Deshalb ist es nicht verwunderlich, dass wir bei unseren Enuretikern jede Form des Erlebnistyps ausgeprägt finden.

Es gibt eben nicht den Enuretiker, sondern nur sehr verschiedene Enuretikerpersönlichkeiten.

Wenn wir die Erlebnisrichtung als ordnendes Prinzip verwenden, kommen wir also bei unseren Probanden zu folgender Einteilung:

A
Gehemmt, verklemmt, verhalten
A₁ : Koartiert-koartativ
 (n = 49)

Affektentladung ver-
 klemmt und verspannt,
 Blockierung der Antrie-
 be, Unsicherheit, im Kon-
 takt unfertig und ge-
 sperrt, Kontaktminderung,
 passiver Rückzug, Distan-
 zierung.
 Starke untergründige Angst,
 Aggression nach innen.
 Charakterliche Retardierung,
 kindlich-unentfaltete Welt-
 haltung.

B
Extratensiv, enthemmt, labil
 (n = 26)

Aktivierung infantiler Ver-
 haltensmuster. Affektivität
 fahrig, enthemmt, ungesteuert
 und ungebremst. Entladung in
 trotziger Durchsetzung und
 eigensinnigem Versteifen. Ten-
 denz zu explosiven Entladungen,
 Aggressionen nach aussen.
 Dahinter steht Angst und Unsi-
 cherheit, Kontaktstörung, ord-
 net sich nicht ein.
 Reizbar, affektiv erregbar und
 ungesteuert.

A₂ : Introversiv (Pubertätstyp)
 (n = 17)

Psychasthenie, sensibel,
 empfindlich, gefühlserreg-
 bar, ängstlich.
 Affektiv gehemmt und ver-
 halten, im Kontakt unsicher
 und teilweise misstrauisch.
 Kinder ziehen sich still in
 sich zurück.

A - B
Ambiäquale Mischform
Verklemmt - enthemmt
 (n = 8)

Die Typen müssen auch entwicklungsmässig gesehen werden. Der Typ B nimmt im Laufe der Entwicklung ab, während der Typ A₂ ent-
 sprechend zunimmt. Der Typ A₁ steht immer im Vordergrund, nimmt
 offenbar aber auch leicht zu. Die Zahlen über den Typ A - B ver-
 mitteln eine falsche Vorstellung. Sie geben nur die Anzahl der
 dilatiert ambiäqualen Erlebnistypen an, nicht aber die der
 koartierten, die alle in den Typ A₁ einbezogen sind. Die Ambi-
 äqualität als solche ist also höher anzusetzen.

Bei allen Gruppen finden wir charakterlich retardierte, psychasthenische Kinder, die unter Angstdruck stehen und daher starke Aggressionen nach aussen oder innen entladen (oder sie wegen der inneren Verspanntheit nicht voll entladen können). Es kann hier nur kurz darauf hingewiesen werden, dass MÜLLER (1953) bei der Untersuchung psychisch kriegsgeschädigter Kinder zu ähnlichen Ergebnissen im Rorschachtest kam. Er weist darauf hin (a.a.O., S. 33 ff.), dass die Versagung vieler Wünsche bei den Kindern Aggressionsenergie stauet, die dann introvertiert oder extravertiert entladen werden könne.

In dieser Affektstruktur bricht immer wieder die unruhige, un- ausgeformte affektive Erregung (Impulsivität nach THOMAE) durch, die nicht zu einer gerichteten und gesteuerten Form der Affektdynamik (Propulsivität) umgewandelt ist. Das wird noch deutlicher, wenn man innerhalb der angegebenen Gruppen die Selbststeuerung der Affekte verfolgt.

Wir bringen im folgenden die Durchschnittszahlen der Farbwerte bei verschiedenen Altersstufen:

<u>Alter</u>	<u>FFb</u>	<u>:</u>	<u>FbF</u>	<u>:</u>	<u>Fb</u>
8 - 11	0,9	:	1,9	:	0,6
11 - 15	0,9	:	1,9	:	0,2
15 - 19	0,6	:	1,5	:	0,1

Die Anzahl der reinen Fb nimmt stark ab, bei den Adoleszenten treten auch die FbF etwas zurück. Der Rückgang der Farbantworten in der Adoleszenz zeigt sich auch in der Zunahme der Protokolle ohne Farbantworten:

<u>Alter</u>	<u>Anzahl der Protokolle ohne Farbantworten</u>
8 - 11	5 = 14,3 %
11 - 15	4 = 8,7 %
15 - 19	5 = 26,3 %

Neben der entwicklungsmässigen ist auch hier wieder die individualpsychologische Betrachtungsweise anzuwenden. Wir stellen akzentuierend die wesentlichsten Typen von Farbantworten dar, um die Art und die innere Stabilität der Affektivität aufzuzeigen (natürlich handelt es sich dabei lediglich um gewichtsmässige Einstufungen, nicht um scharfe Abgrenzungen):

A_1 :	Ofb	=	12
	FFb	=	9
	<u>FFb-FbF</u>	=	9
	<u>FbF</u>	=	18
	Fb	=	1

A_2 :	Ofb	=	2
	FFb	=	4
	<u>FFb-FbF</u>	=	4
	<u>FbF</u>	=	7
	Fb	=	0

A-B:	Ofb	=	0
	FFb	=	0
	<u>FFb-FbF</u>	=	2
	<u>FbF</u>	=	5
	Fb	=	1

B :	Ofb	=	0
	FFb	=	0
	<u>FFb-FbF</u>	=	4
	<u>FbF</u>	=	13
	Fb	=	8

Von A_1 über A_2 und A-B fortschreitend zu B kann eine ständig zunehmende Betonung der labilen Farbwerte festgestellt werden. Bei allen Gruppen finden wir aber neben erhöhter affektiver Erregbarkeit labile und wenig festgelegte Formen der Affektentladung, bei B gerade sehr häufig in der Form egozentrischer und explosiv-ungesteuerter Entladungen. Die Kinder, es handelt sich meist um Kinder der Vorpubertät, sind im allgemeinen sehr stark von ihren momentanen Gefühls- und Stimmungsimpulsen abhängig, ohne dass diese eine ausgeprägte Beständigkeit und Festigkeit zeigen.

Um Schwierigkeiten zu vermeiden, wenn diese Befunde mit den Ergebnissen des Baumtests verglichen werden, ist kurz darauf hinzuweisen, dass es sich beim Rorschachtest nicht um Lebens-, sondern um Erlebnisdiagnostik handelt, bei der auch die Berücksichtigung situativer Faktoren von grosser Wichtigkeit ist (HOECK-GRADENWITZ 1959). Bei den Zeichentests handelt es sich um Gestaltungstests, die sich als solche auch mehr auf die Dimension des Verhaltens und der Haltung beziehen. Die Befunde können deshalb nicht in einer Ebene aufeinander bezogen werden. Die zusammenfassende Interpretation gehört in den nächsten Abschnitt der Arbeit.

Über die innere Stabilität und die Selbststeuerung der Affekte baut sich die Steuerung auf, die die Affekte im ganzen der Persönlichkeit durch andere Persönlichkeitszentren und -bereiche erfahren. Im Rorschachtest wird diese Bremsung der Affektivität erfasst durch die Bewegungsantworten (innere Produktivität, innerer Halt und Stabilität), das F% (mental strength), das F+% (Bewusstseinskontrolle, willentliche Steuerung) und die Ganzantworten (Intelligenz, Einsicht, Überblick über die Situation).

Alter	Anzahl der Bewegungsantworten						Durchschnitt
	0	1	2	3	4	5 und mehr	
8 - 11	8	5	8	7	4	3	2,2
11 - 15	3	7	10	12	8	7	2,7
15 - 19	2	7	4	2	1	3	2,4
zusammen	13	19	22	21	13	12	2,3

B- waren in unserem Material sehr selten, dagegen traten sehr häufig (auch bei über 10-Jährigen) infantile B auf. Die Anzahl der B nahm, im Durchschnitt gesehen, im Laufe der Entwicklung zu. Die stärkste Ausprägung finden sie verständlicherweise bei den Pubertierenden, vor allem bei stillen, zarten und psychasthenischen Kindern, die innerlich leicht erregbar sind, ihre Spannungen aber nicht nach aussen abführen können.

Alter	F+%				Durchschn.
	bis 60%	61 - 70%	71 - 80%	81 - 100%	
8 - 11	7	4	13	11	73,5%
11 - 15	6	11	14	17	78,2%
15 - 19	2	3	5	9	77,7%
zusammen	15	18	32	27	

Das F+% nimmt bei den höheren Altersstufen im ganzen gesehen etwas zu, wie auch die durchschnittliche Anzahl der B. Beide Faktoren erreichen ihr Maximum bei der Pubertätsgruppe.

Die Ganzantworten dominierten in den meisten Protokollen. Meist waren sie gekoppelt mit einer grossen Anzahl von DG-Antworten, waren zum Teil auch in der Qualität als G- zu bewerten. Sie werden in einem anderen Zusammenhang später behandelt.

Insgesamt kann in Bezug auf die Steuerung gesagt werden, dass die Kinder vorwiegend gefühlsbestimmt reagieren und wenig willentliche und sachliche Steuerungs- und Bremsungsfähigkeit besitzen. Sie sind grossenteils nur wenig klar in die Situation eingepasst und reagieren inadäquat auf die gestellten Anforderungen. Es fehlt vor allem an Konzentration und Ausdauer. Die Steuerung ist kurzzeitig und intermittierend, der Antrieb dadurch flach, flackernd oder flatterig-verströmend. Das T% ist in vielen Fällen erstaunlich hoch, was wiederum die starke Stereotypie der affektiven Verhaltensmuster verständlich macht. Gemüthafte Bindungsfähigkeit kann man den Kindern durchaus nicht absprechen.

Die Steuerungs- und Bremsungsfähigkeit nimmt im Lauf der Entwicklung etwas zu. Vor allem fallen bei den beiden höheren Altersgruppen die Tendenzen zur ungesteuerten impulsiven Triebentladung allmählich weg. Die Steuerung der Affektivität vollzieht sich aber häufig auch in der Weise, dass das Erleben koartiert und eingeengt wird. Die Entwicklung ist also nicht immer mit einer Zunahme der B und ^{des} F+% verbunden.

Neben der Regulation spielt besonders die Hemmung der Affektivität eine bedeutende Rolle.

<u>Alter</u>	<u>FHd</u>	<u>:</u>	<u>HdF</u>	<u>:</u>	<u>Hd</u>	<u>Protokolle ohne hd-Antw.</u>
8 - 11	0,2	:	1,0	:	0,2	15
11 - 15	0,2	:	0,7	:	0,0	19
15 - 19	0,1	:	0,9	:	0,0	8

Genaueren Einblick in die Struktur der Gehemtheit gibt eine akzentuierende Darstellung der Typen von Hell-Dunkel-Antworten:

<u>Alter</u>	<u>Ohd</u>	<u>FHd-Typ</u>	<u>HdF-Typ</u>	<u>Hd-Typ</u>
8 - 11	15	3	14	3
11 - 15	19	8	19	-
15 - 19	8	2	9	-
	42	13	42	3

Auch hier tritt die Häufigkeit labiler, unklarer und ungesteuerter Reaktionen hervor. Reine Hd-Antworten treten nur bei den 8-11-Jährigen auf.

Die Stimmungslabilität mit der Neigung zu angstgetönten und depressiven Verstimmungen übt andererseits einen dämpfenden und hemmenden Einfluss auf die Affektivität aus. Sie führt also bei hoher affektiver Erregbarkeit zu Verspannungen, Verklemmungen und unausgeglichem Antriebserleben.

Einen nicht unwesentlichen Aspekt des Antriebserlebens, nämlich die Form und Art der Affektentladung, das Verströmen der affektiven Spannung, sehen wir u.a. bei der Analyse des Erfassungstyps im Rorschachtest. Dieser Erfassungstyp ist unserer Erfahrung nach (und zwar besonders bei Kindern) nicht nur ein Symptom des "mental approach" (KLOPPER UND KELLEY), sondern der Weltzuwendung überhaupt, also auch der Antriebsgerichtetheit auf die Welt hin. Auch hier können die Ergebnisse nur nach Schwerpunkten geordnet werden. Es handelt sich nicht um die Erfassungstypen (im Sinne RORSCHACHS), sondern um deren Schwerpunkte.

Weltzuwendung und Affektstruktur:

Typ	Alter			zusammen
	8 - 11	11 - 15	15 - 19	
G	9	15	6	30
DG	7	13	4	24
G-D	7	3	1	11
D	6	4	-	10
Zw	2	7	1	10
Dd	2	3	6	11
Do	2	1	1	4

Der G- und DG-Typ wiegt zahlenmässig vor, während der Normaltyp und der D-Typ des Praktikers relativ seltener auftreten. Bei allen Typen sind natürlich Antworten anderer Kategorien eingestreut, wenngleich sie nicht vorwiegen. So finden sich insgesamt 15 Protokolle mit Do-Antworten (meist gekoppelt mit einem Überwiegen der Md über die Anzahl der M).

Die Äusserungsformen der affektiven Spannungen zeigen also eine grosse Streubreite. Als Deutungen geben wir an:

- G (oft G-): Fähigkeit zum Gesamtüberblick, Erfassen grosser Zusammenhänge, aber auch Mangel an Detailverarbeitung, (kommt auch bei haltloser Psychopathie vor). Die affektive Reaktion ist ganzheitlich und oft unangepasst an spezifische Erfordernisse der Situation. Wir finden eine Tendenz zur Entfaltung, zum Verströmen der affektiven Spannung.
- DG : Konfabulationen, unzuverlässiges Denken, Phantastereien, Neigung zu ausweichendem Verhalten, kindlich-unangepasste Haltung. G- und auch DG-Antworten zeigen an, dass sich die Affektivität auf oraler Entwicklungsstufe befindet.
- D : Erfassung des Konkreten, Naheliegenden. Praktisches, oft aber auch unkonzentriertes Denken. Lebendiger Kontakt, findet Zugang zu anderen. Realitätsangepasste Weltzuwendung. Da D auch einen Bremsfaktor darstellt, wirkt die Affektivität gesteuert. In der Form des Erfassungstyps G-D Anzeichen einer reifen (genitalen und sozial angepassten) Affektstruktur.

- Dd : Sinn für Kleinigkeiten, Kleinigkeitskrämerei und Pedanterie, Nörgelei. Enger Horizont, beschränkte und oft einseitige Zuwendung zur Welt, Verhaltenheit und Verklemmtheit im Kontakt. Oft auch versteckte und verklemmte Aggressivität. Anale Stufe der Triebentwicklung.
- Zw : Oppositionstendenz, Aggressionsdruck (Richtung wird durch den ET bestimmt), bei DZwG auch Spannungen zwischen dem Probanden und seinem Milieu (ZULLIGER 1952).
- Do : Angst und dadurch Einengung des Horizontes (in unserem Material meist Angst vor dem eigenen Innern), partielle Umweltzuwendung, Kontaktstörungen. Affektive Spannung kann nicht adäquat gelöst werden.

Im Vordergrund steht, wie bereits betont, der G- und der DG-Typ; die Affektlebensfähigkeit verströmt ganzheitlich und oft unangepasst. Das Vorwiegen der FbF in der Affektstruktur bestätigt diesen Befund. Es handelt sich also nicht um explosive Entladungen, sondern um ein (oft unterschwelliges) Zerflattern. Hier ist auch auf die Untersuchungen von BRATT - ÖSTERGAARD (1959) hinzuweisen, die in der Formel $G + FFb + FbF + Fb$ ein einigermaßen adäquates affektives Erleben erfassen will und ihm die Do, Zw, Versager und Hd-Antworten als Anzeichen inadäquater partieller Affekte gegenüberstellt. Hier wird besonders deutlich, dass die fb-Antworten auf ein Verströmen und Zerflattern der affektiven Erregung hinweisen (das sich in verschiedenen Formen darstellen kann), während die Zw-Antworten für die Entladung von gezielten (manifesten oder latenten) Aggressionen stehen, die sich im Trotz, Eigensinn, Querulieren etc. zeigen können.

Bei unseren Enuretikern steht die erstgenannte Form der Affektentladung ganz im Vordergrund. Es handelt sich dabei um ganzheitliche Erregungszustände (G, DG).

Die Bevorzugung der DG-Antworten wirft die Frage auf, welche Beziehung zwischen Enuresis und Stehlen (bezw. Lügen) zu bestehen scheint, da ZULLIGER (1938) bei seinen jugendlichen Dieben ja die gleiche Erfahrung machte.

Die Frage wurde schon gestreift, es wurde auch auf den engen Zusammenhang der Symptome hingewiesen, die ja teilweise sogar im Wechsel auftreten.

ZULLIGER (1938, bes. S.156 f.) fand bei den Dieben neben fakultativen Faktoren vor allem konfabulatorische Neigung und eine überwiegend egozentrisch-impulsive Affektivität, der keinerlei oder ungenügende Hemmungen gegenüberstehen.

Der Zusammenhang beider Symptome wird klarer, wenn man hinter beiden eine ausweichende Haltung sieht (dabei scheinen die Bremsfaktoren bei den nicht-stehlenden Enuretikern besser ausgeprägt zu sein). "Diebische Neigung bedeutet Konfabulation auf der Ebene der motorischen Innervation" (a.a.O., S.161). Ebenso stellt die Enuresis eine (ausweichende) Abfuhr affektiver Spannungen auf der Ebene der motorischen Innervation dar. Auf Grund dieser Zusammenhänge wird die häufige Koppelung der Symptome verständlich.

Die seither an Einzelbefunden gewonnenen Ergebnisse können durch eine Syndromanalyse verifiziert und besser interpretiert werden. Es wurde dazu in jedem Fall das Vorkommen bestimmter Rorschach-Syndrome festgestellt, wie sie in der Literatur (besonders bei RORSCHACH 1948, ZULLIGER 1952, BOHM 1957, 1960) ausführlich behandelt sind. Die untersuchten Syndrome kamen in folgender Häufigkeit vor (in vollständigen Syndromen):

Syndrome	Alter 8 - 11	11 - 15	15 - 19	Zusam.
Aggressions-Syndrom	17	19	6	42 %
Angst-Syndrom	18	26	15	59 %
Enthemmungs-Syndrom	27	26	7	60 %
Sperrungs-Syndrom	19	23	15	57 %
Psychasthenie-Syndrom	13	25	14	52 %
Infantilitäts-Syndrom	-	23	11	34 %
Syndrom des verminderten Kontakts	29	31	13	73 %

Die Syndrome verwischen sich etwas. Bei den 8-11-Jährigen stehen Enthemmung und Aggression etwas im Vordergrund, sie passen sich auch im Kontakt nicht recht an. Das Infantilitäts-Syndrom wurde bei ihnen aus technischen Gründen nicht festgestellt. Im Lauf der Entwicklung tritt das Sperrungssyndrom immer stärker hervor, ferner das Angst- und das Psychasthenie-Syndrom. In der Vorpubertät dominiert die Koppelung Aggression - Angst - gestörter Kontakt, in der Pubertät Angst - Enthemmung + Sperrung - Retardierung - gestörter Kontakt und in der Adoleszenz Angst - Sperrung - Psychasthenie - gestörter Kontakt. Die ausgeprägtesten Konfliktspannungen finden wir also bei den Pubertierenden, während bei den Älteren die wenig Belastbaren und Gehemmten deutlicher vorwiegen.

Im folgenden ist der Zusammenhang der genannten Syndrome mit den bereits aufgestellten Rorschach-Typen dargestellt:

Syndrom	Typ	A ₁	A ₂	A-B	B	Zusammen
Aggressions-Syndrom		15	6	5	16	42 %
Angst-Syndrom		26	14	7	12	59 %
Enthemmungs-Syndrom		23	8	8	21	60 %
Sperrungs-Syndrom		38	7	7	5	57 %
Psychasthenie-Syndrom		24	14	6	8	52 %
Infantilitäts-Syndrom		11	5	4	14	34 %
Syndrom der Kontaktminderung		39	6	8	20	73 %
Anzahl der Protokolle		49	17	8	26	100

Zusammenfassend können wir unsere Befunde beim Rorschachtest in folgender Weise interpretieren:

Fast alle Gruppen der Untersuchten bestehen aus erregbaren, psychasthenischen Kindern, die vitalseelisch nicht sehr belastbar sind. Sie alle zeigen deutliche affektive Spannungen und Unausgewogenheiten. Als charakterologische Dominanten sind also anzusprechen: die hohe affektive Erregbarkeit und Störbarkeit bei herabgesetzter Stabilität und deutlicher charakterlicher Retardierung. Diese Haltung führt in Drucksituationen zum Ausweichen in infantile Verhaltensweisen (Regression), die Kinder sind dadurch innerlich nicht an die Wirklichkeit angepasst und

haben vor allem im Kontakt Schwierigkeiten. Die affektiven Spannungen werden vorwiegend über die Körpermotorik abgeführt; sie bilden häufig unterschwellig bleibende Erregungszustände. Die Störungen lassen sich in verschiedenen Richtungen (durch Typisierung) weiter verfolgen.

Der Typ A_1 ist stark gesperrt und kann seine affektiven Spannungen nicht voll entladen. Dieser Dauerdruck führt zu Angst und Angstreaktionen (Aggression nach innen). Beim Typ A_2 stent diese Angst noch stärker im Vordergrund, zumal die Kinder wesentlich zarter und empfindsamer sind.

Der Typ B ist im Gegensatz zu A nicht gesperrt, sondern stark enthemmt. Die Kinder entladen ihre Affekte nach aussen, zum Teil mit einer recht aggressiven Note. Das hat u.a. seinen Grund in der ausgeprägten charakterlichen Retardierung dieser Gruppe, die einen Mangel an Steuerungs- und Bremsfähigkeit bedingt. Auch hier ist wie bei den übrigen Gruppen der Kontakt gestört: diese Kontaktstörung steht aber durch die Aggressivität der Kinder gegen einen völlig anderen Hintergrund als bei A_1 und A_2 . Der Typ A-B stellt nicht nur im Testbefund, sondern auch psychologisch einen Mischtyp dar: wir finden bei einer psychasthenischen Konstitution Enthemmung und Sperrung gegeneinander gestellt mit ständiger Verspannung und unruhigem Wechsel. Aus dieser inneren Ungesicherheit und Unfestgelegtheit entstehen häufig Angsterlebnisse.

Diese Typen müssen auch entwicklungsmässig verstanden und interpretiert werden. Der Typ als solcher gibt nur ein Momentbild.

Die Befunde, die wir beim Rorschachtest gewinnen konnten, decken sich teilweise mit den angeführten Ergebnissen von GOLDFARB (1942). Auch wir unterscheiden zwei grosse Gruppen (A und B), finden aber daneben noch einen Mischtyp und können die erste Gruppe in zwei Untergruppen unterteilen. Daneben ist vor allem wichtig, dass sich bei allen Gruppen gemeinsame Wesenszüge aufweisen lassen: die Kinder sind meist charakterlich retardiert, affektiv leicht erregbar und dabei innerlich unausgeglichen mit einem deutlichen Mangel an Stabilität und Bremsfähigkeit. Sowohl ^{bei} den aggressiven wie auch bei den aggressiv

verklemmten Kindern stand dabei eine ausgeprägte Angst im Hintergrund. Diese Züge wirken störend im Kontakt. Die Kinder sind im allgemeinen sehr empfindlich und selbstunsicher, überdecken diese Selbstunsicherheit aber im Verhalten durch eine reizbare, fahrig und impulsive Haltung. GOLDFARB weist auch bei seinem gesperreten Typ zu wenig auf die inneren Spannungen und Konflikte hin.

5) Zusammenfassung:

Auf den letzten Seiten ist versucht worden, einige hervorstechende Ergebnisse darzustellen, die bei der psychodiagnostischen Untersuchung der Enuretiker erzielt wurden. Die Befunde könnten innerhalb der angeführten, sowie mit anderen Testverfahren erweitert werden, auch die gegebenen Hinweise könnten noch vertieft werden. Das würde aber den Rahmen der vorliegenden Arbeit sprengen; wir wollten nur einige Ansätze zur Diagnostik aufzeigen.

Obgleich sich bei der Untersuchung mit verschiedenen Methoden zahlreiche Zusammenhänge ergaben, konnte doch durch die Darstellung der Testergebnisse kein einheitliches Bild des Enuretikers aufgezeigt werden. Einen einheitlichen Charaktertyp des Enuretikers gibt es eben nicht, daher ist es auch nicht möglich, in der Testdiagnostik ein einheitliches Syndrom des Enuretikers zu finden. Erst bei der Interpretation verschiedener Verfahren im individuellen Fall kommen die ganz verschiedenartigen Hintergründe der Enuretiker-fehlhaltung deutlich zum Ausdruck.

Dabei hat es sich als notwendig und zweckmässig erwiesen, bei der Untersuchung des Einzelfalles Entfaltungs- und Gestaltungstests zu koppeln, da gerade die Probleme der Affektdynamik erst durch die Analyse von verschiedenen Seiten her richtig beleuchtet werden können.

D) Literaturverzeichnis

- Adam, R.: Psychische Faktoren bei Blasen- und Nierenerkrankungen, Ztschr. f. Psycho-somat. Med., 2, 1956
- Adler, A.: Das organische Substrat der Psychoneurosen, Ztschr. ges. Neurol. Psychiatrie, 1912
- " : Praxis und Theorie der Individualpsychologie, München 1924
- " : Studie über die Minderwertigkeit von Organen, München 1927
- Alexander, E.: Psychosomatische Medizin, Berlin 1951
- Alkan, L.: Anatomische Organerkrankungen aus seelischer Ursache, Stuttgart 1930
- Allport, G.W.: Persönlichkeit, Stuttgart 1949
- Alverdes, F.: Die Theorie der psycho-physischen Äquivalenz, Studium generale, 7, 1954
- Asperger, H.: Heilpädagogik, Wien 1956
- Axline, V.M.: Play Therapy, Cambridge 1944
- Bamberger, F.: Lehrbuch der Kinderheilkunde, Stuttgart 1952
- Bang, R.: Die psychagogische Betreuung eines 14-jährigen Bett-nässers, Praxis der Kinderpsychologie u. Kinder-psychiatrie, 1952
- " : Psychologische und methodische Grundlagen der Einzel-fallhilfe, Wiesbaden 1959
- " : Hilfe zur Selbsthilfe, München 1960
- Becker, M.: Graphologie der Kinderschrift, Hamburg 1949
- Beer, U.: Familien- und Jugendsoziologie, Berlin 1961
- Behm, K.: Das Bettnässleiden, seine Behandlung und Bekämpfung auf Grund der Typenlehre und des Ganzheitsbildes, Leipzig 1930
- Benedek, Th.: Die Funktionen des Sexualapparates und ihre Störungen, in: F. Alexander, 1951, S. 170-210
- Benjamin-Hanselmann-Isserlin-Lutz-Ronald: Lehrbuch der Psycho-pathologie des Kindesalters, Zürich 1938
- Bissell, J.B.: Daytime Enuresis in Children, Med.Rec. 42, 1892 (zit. nach Kanner 1953)
- Bleckmann, K.H.: Der Schlaf des Kindes, Göttingen 1955

- Bönisch, R.: Über den Zusammenhang seelischer Teilstrukturen,
(Neue Psychol. Studien, Bd. 1) München 1935
- Bohm, E.: Lehrbuch der Rorschach-Psychodiagnostik, Bern 1957
- " : Psychodiagnostisches Vademecum, Bern 1960
- Bondy, C.: Der Psychologe in Psychagogik und Psychotherapie,
Psychol. Rundschau, 4, 1953
- Boshamer, K.: Lehrbuch der Urologie, Stuttgart 1953
- Bratt-Oestergaard, N.: Gibt es charakteristische Rorschachsche
Formelkonstellationen bei sogenannten
psychosomatischen Kindern?
Referat auf dem III. Internat. Rorschach-
Kongress (Rom 1956), Rorschachiana V,
Bern 1959, S. 305-324
- Bray, G.W.: Enuresis of allergic origin, Arch. Dis. Childh. 6,
1931 (ref. nach Lechler 1949)
- Brückner, P.: Inhaltsdeutung und Verlaufsanalyse im Rorschach-
Verfahren, Köln o.J.
- Brun, R.: Allgemeine Neurosenlehre, Basel 1954
- Buckle, D.: Zur Rolle des Psychologen im Child-Guidance-Team,
Praxis der Kinderpsychologie u. Kinderpsychiatrie,
6, 1957
- Busemann, A.: Krisenjahre im Ablauf der menschlichen Jugend,
Ratingen 1953
- Christoffel, H.: Zur Biologie der Enuresis, Ztschr. f. Kinder-
psychiatrie, 1, 1934
- " : Harntriebäusserungen, insbesondere Enuresis,
Urophilie und Uropolemie, Internat. Zschr.
f. Psychoanalyse, 21, 1935
- " : Trieb und Kultur, Basel 1944
- Cimbal, W.: Die Neurosen des Kindesalters, Berlin 1927
- Coerper, C. - W. Hagen - H. Thomae, Deutsche Nachkriegskinder,
Stuttgart 1954
- Cremerius, J.: Psychotherapie als Kurzbehandlung in der Sprech-
stunde, München 1951
- Curtius, F.: Status dysraphicus und Myelodysplasie,
Fortschr. d. Erbpathol. u. Rassenhygiene, 3, 1939
- Czerny, A.: Enuresis, Deutsche Med. Wochenschrift, 68, 1942
- Dietel, F.: Das Bettnässen, München 1929
- Dinkelaker, M.: Über die Heilungsaussichten bei der Behandlung
des Bettnässens bei Kindern, Diss. med.,
Tübingen 1935

- Dührssen, A.: Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen
Göttingen 1955
- " : Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen,
Göttingen 1960
- Dühsler, K.: Schulschwierigkeiten, Bettnässen und Stottern zu
Beginn der Schulzeit, Praxis der Kinderpsychologie
u. Kinderpsychiatrie, 1952
- Düring, E.v.: Über Enuresis nocturna, Münchner Med. Wochenschrift,
72, 1925
- Dunbar, F.: Psychosomatic Diagnosis, New York 1948
- " : Emotions and Bodily Changes, New York 1954
- Enke, W.: Mehrdimensionale Diagnostik bei erziehungsschwierigen
Kindern, Ztschr. Psychother. Med. Psychol., 5, 1955
- Eyferth, K.: Schwererziehbarkeit, ihre Ursachen und Formen,
Handbuch der Psychologie Bd. 10 (Päd. Psychol.),
Göttingen 1959
- Eysenck, H.J.: Wege und Abwege der Psychologie, Hamburg 1959
- Feer, E.: Zur Behandlung der Enuresis nocturna, Schweizer Med.
Wochenschr., 14, 1933
- " - H. Kleinschmidt: Lehrbuch der Kinderheilkunde, 1955
(zit. unter Kleinschmidt)
- Finckh, J.: Zur Pathogenese und Therapie der Enuresis nocturna,
München 1924
- Flosdorf, P.: Über das Stottern (Münchner Diss. phil.), Jahr-
buch f. Psychol., Psychother. u. Med. Anthropol.,
7, 1960
- Frankl-Hochwart, L.v. und O. Zuckermandl: Die nervösen Erkrankungen
der Blase, Wien 1899
- Frery, L.G.: Enuresis, A Genetic Study, Amer. J. Dis. Childh., 49,
1935 (ref. nach Lechler 1949)
- Freud, S.: Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie, Wien 1904
- Freud, A.: Das Ich und die Abwehrmechanismen, London 1936
- " : Einführung in die Technik der Kinderanalyse, London
1948
- Fuchs, A.: Über die Beziehung der Enuresis nocturna zu Rudiment-
formen der Spina bif.occ., Wiener Med. Wochenschrift
1909
- Gaupp, A.: Psychologische Probleme der Familienerziehung in der
späten Kindheit und im Jugendalter, Handbuch der
Psychologie Bd. 10 (Päd. Psychol.), Göttingen 1959

- Gerard, M.W.: Enuresis, A Study in Etiology, Am. J. of Orthopsychiatry, 9, 1939
- Gesell, A.: Säugling und Kleinkind in der Kultur der Gegenwart, Bad Nauheim 1953
- " : Das Kind von Fünf bis Zehn, Bad Nauheim 1954
- Göring, E.: Beitrag zur Psychologie des Bettnässens der Kinder, Diss. med., München 1940
- Göring, M.H.: Über seelisch bedingte echte Organerkrankungen, 1937
- Goldfarb, W.: Personality Trends in a Group of Enuretic Children Below the Age of Ten, Rorschach Research Exchange VI, 1942
- Goldmann, G.S. and M.S. Bergman: Psychiatric and Rorschach Study of Adult Male Enuresis, Am.J. of Orthopsychiatry, 15, 1945
- Gottschaldt, K.: Zur Theorie der Persönlichkeit und ihrer Entwicklung, Ztschr. f. Psychol., 157, 1954
- " : Das Problem der Phänogenetik der Persönlichkeit, Handbuch der Psychologie Bd. 4 (Persönlichkeitsforschung und Persönlichkeitstheorie), Göttingen 1960
- Graefe, O.: Zur Klassifizierung kindlicher Verhaltensstörungen, Psychol. Rundschau, 7, 1956
- Hallgren, B.: Enuresis, Acta Psychiatrica et Neurologica Scandinavica, Suppl. 114, Copenhagen 1957
- Halver, I.: Katamnestische Erhebungen bei Kindern mit Enuresis, Diss. med., Heidelberg 1949
- Hamburger, F.: Die Neurosen des Kindesalters, Stuttgart 1939
- Harnack, G.A.v.: Wesen und soziale Bedingtheit frühkindlicher Verhaltensstörungen, Basel 1953
- " : Nervöse Verhaltensstörungen beim Schulkind, Stuttgart 1958
- Heiss, R.: Die Lehre vom Charakter, Berlin 1949
- Hellpach, W.: Klinische Psychologie, Stuttgart 1946
- Helm, J.: Über Gestalttheorie und Persönlichkeitstheorie, Handbuch der Psychologie Bd.4 (Persönlichkeitsforschung und Persönlichkeitstheorie), Göttingen 1960
- Hetzer, H.: Kindheit und Armut, Leipzig 1937
- " : Kind und Jugendlicher in der Entwicklung, Hannover 1958
- Hoeck-Gradenwitz, E.: Rorschachtest mit kriminellen Psychopathen, Psychol. Rundschau, 10, 1959
- Hoepfner, E.: Die Häufigkeit von Enuresis bei Berliner Schulkindern, Praxis der Kinderpsychologie u. Kinderpsychiatrie 1952

- Hofstätter, P.R.: Einführung in die Tiefenpsychologie, Wien 1948
- " : Einführung in die Sozialpsychologie, Wien 1954
- Homburger, A.: Vorlesungen zur Einführung in die Psychopathologie des Kindesalters, Berlin 1926
- Hopmann, W.: Möglichkeiten der psychologischen Hilfe in der Heimerziehung für erziehungsschwierige Kinder und Jugendliche, Praxis der Kinderpsychologie u. Kinderpsychiatrie, 6, 1957
- " : Zur Frage der Indikation für die Heimunterbringung erziehungsschwieriger Kinder und Jugendlicher, Praxis der Kinderpsychologie u. Kinderpsychiatrie, 7, 1958
- Husler (Lust - Pfaundler - Husler): Krankheiten des Kindesalters, München 1959
- Kanner, L.: Child Psychiatry, Springfield 1954
- Katan, A.: Experience with Enuretics, The Psychoanalytic Study of the Child, Vol. II, New York 1946
- Kemper, W.: Enuresis, Heidelberg 1949
- " : Frühkindliche Erlebnisumwelt, Neurose und Psychose, Psyche VI, 1953
- " : Organwahl und psychosomatische Medizin, Ztschr. f. Psychother. Med.Psychol., 4, 1954
- " : Persönlichkeitsstruktur, Konfliktart, Organwahl und psychosomatische Medizin, Ztschr.f.Psychosomat.Med. 1957/58
- Kernau, T.: Ist die Behandlungstechnik der kindlichen Enuresis nocturna endlich Allgemeinut des Arztes geworden?, Münchner Med.Wochenschrift, 89, 1942
- Kiesel, E.: Schwererziehbarkeit und organische Störungen, Diss. phil., Tübingen 1954
- Klaesi, J.: Über psychogene Ursachen der Enuresis nocturna infantium, Ztschr.f. Neurol., 35, 1917
- Klages, L.: Handschrift und Charakter, Bonn 1956
- Klein, M.: Psychoanalyse des Kindes, 1932
- Kleinschmidt, H. (E.Feer und H.Kleinschmidt): Lehrbuch der Kinderheilkunde, 1955
- Klopfer, B. and G.S. Kelley, The Rorschach-Technique, New York 1946
- Koch, K.: Der Baumtest, Bern 1958
- Kolle, K.: Psychiatrie, München 1955
- Krasnogorski, N.J.: Die neue Behandlung der Enuresis nocturna, Monatsschrift für Kinderheilkunde, 57, 1933

- Kretschmer, E.: Psychotherapeutische Studien, Stuttgart 1949
- " : Medizinische Psychologie, Stuttgart 1956
- Künkel, F.: Die Arbeit am Charakter, Konstanz 1957
- Lechler, H.: Das Bettnässen (Sammelbericht über die Jahre 1926-1948), Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie u. ihrer Grenzgebiete, 17, 1949
- " : Zur Psychologie des Bettnässens, Neue Med. Welt 1950
- Lempp, R.: Zur Ätiologie des kindlichen Einstuhls, Ztschr. f. Psychother. u. med. Psychol., 6, 1956
- Lersch, Ph.: Seele und Welt, Leipzig 1943
- " : Kindheit und Jugend als Stadien der menschlichen Entwicklung, München 1951
- " : Vom Wesen der Geschlechter, München 1950
- " : Aufbau der Person, München 1956
- Lewin, K.: Vorsatz, Wille und Bedürfnis, Berlin 1926
- " : A Dynamic Theory of Personality, New York 1935
- " : Principles of Topological Psychology, New York 1936
- " : Behavior and Development as a Function of the Total Situation (in: L. Carmichael, Manual of Child Psychology, Chapter 16), New York 1946
2. Aufl.: New York 1954
- Lippmann, A.: Zur Entstehung und Behandlung der Enuresis, Deutsche Med. Wochenschrift, 47, 1921
- Loosli-Usterie, M.: Die Angst des Kindes, Zürich 1948
- Lückert, H.R.: Frustrationstoleranz, Schule und Psychologie, 3, 1956
- " : Konfliktpsychologie, München 1957
- Marcuse, M.: Das Bettnässen (Enuresis nocturna) als sexual-neurotisches Symptom, Ztschr. f. Sexwiss., 11, 1924
- Mathey, F.J.: Längsschnittergebnisse zur Frage der seelischen Entwicklung des Grundschulkindes, Psychol. Rundschau, 7, 1956
- Mehring, A.: Erfahrungen mit Bettnässer-Kindern im Heim, Unsere Jugend, 11, 1959
- Metzger, W.: Erziehung zur Reinlichkeit, Lindau 1961
- " : Psychologie, Darmstadt 1954
- " : Frühkindlicher Trotz, Basel 1956
- " : Stimmung und Leistung, Münster 1958

- Mohr, F.: Psychophysische Behandlungsmethoden, 1925
- Müller, R.: Psychodiagnostische Beobachtungen und Untersuchungen bei psychisch kriegs- und nachkriegsgeschädigten Kindern, Praxis der Kinderpsychologie u. Kinderpsychiatrie, 3, 1953
- Müller, W. und A. Enskat: Theorie und Praxis der Graphologie, Rudolstadt 1949
- " " : Graphologische Diagnostik, Bern 1961
- Opitz, W.: Verwahrlosung im Kindesalter, Göttingen 1959
- Oransky, W.: Zur Frage über Vererbung der Enuresis nocturna, Deutsche Ztschr. f. Nervenhe., 104, 1928
- Peritz, G.: Die Nervenkrankheiten des Kindesalters, Leipzig 1932
- Petrovskij, S.: Erbllichkeit und Enuresis nocturna (ref. nach Lechler 1949)
- Pfahler, G.: Der Mensch und seine Vergangenheit, Stuttgart 1953
- " : Der Mensch und sein Lebenswerkzeug, Stuttgart 1954
- Pophal, R.: Zur Psychophysiologie der Spannungserscheinungen in der Handschrift, Rudolstadt 1949
- Pototzki, C.: Psychogenese und Psychotherapie der Organsymptome beim Kinde, in: O. Schwarz, 1925
- Probst, E.: Erzieher und Miterzieher, Basel 1957
- Puff, G.: Über die Behandlung des Bettnässens aufgrund der Typeneinteilung, Diss. med., Tübingen 1924
- Pulver, M.: Symbolik der Handschrift, Zürich 1955
- Quint, H.: Beitrag zur Frage der "Spontalheilung" der Enuresis nocturna, Praxis der Kinderpsychologie u. Kinderpsychiatrie, 1959
- Rauchfuss, E.: Ursachen und Erscheinungsformen der Enuresis nocturna, Diss., Bleicherode a.H. 1939
- Rein, H.: Einführung in die Physiologie des Menschen, 1948
- Renner, M.: Der Wartegg-Zeichen-Test im Dienste der Erziehungsberatung, München 1953
- Rohracher, H.: Einführung in die Psychologie, Wien 1959
- Rorschach, H.: Psychodiagnostik, Bern 1948
- Rosenzweig, S.: An Outline of Frustration Theory, in: J. McHunt, Personality and the Behavior Disorders, Vol. I, Chapter 11, New York 1944
- Rosenzweig P - F - Test (Handanweisung zur Deutschen Ausgabe bearbeitet von E. Duhm), Göttingen 1957

- Rothacker, E.: Die Schichten der Persönlichkeit, Bonn 1952
- Rudder, B. de: Klinische Psychologie des Kindesalters, in: Hellpach 1946
- Rudert, R. und R. Stein: Erziehungsberatung, Handbuch der Psychologie Bd. 10 (Päd. Psychol.), Göttingen 1959
- Ruppert, J.P.: Sozialpsychologie im Raum der Erziehung, Weinheim 1952
- " : Erzieherpersönlichkeit und Stilformen der Erziehung, Handbuch der Psychologie Bd. 10 (Päd. Psychol.), Göttingen 1959
- Salber, W.: Qualitative Methoden der Persönlichkeitsforschung, Handbuch der Psychologie Bd. 4 (Persönlichkeitsforschung und Persönlichkeitstheorie), Göttingen 1960
- Schneider, K.: Kritik der klinisch-typologischen Psychopathenbetrachtung, Der Nervenarzt, 19, 1948
- " : Die psychopathischen Persönlichkeiten, Wien 1950
- Scholl, R.: Erziehungsschwierigkeiten bei Kindern aus unvollständigen Familien, Sonderdruck aus der "Schulwarte", Stuttgart o.J.
- " : Das Gewissen des Kindes, Stuttgart 1956
- " : Über den Elternanteil bei Fehlentwicklungen und Erziehungsschwierigkeiten von Kindern, in: Seelenleben und Menschenbild, Festschrift für Philipp Iersch, München 1958
- Schottländer, F.: Die Mutter als Schicksal, Stuttgart 1952
- Schraml, W.: Bettnässen, in: Lexikon der Pädagogik (Herder), Freiburg 1952
- Schultheis, Th.: Der unfreiwillige Harnabgang, 1951
- Schultz, J.H.: Seelische Krankenbehandlung, Stuttgart 1958
- Schultz-Hencke, H.: Der gehemmte Mensch, Stuttgart 1957
- Schwarz, O.: Psychogenese und Psychotherapie körperlicher Symptome, Wien 1925
- Schwidder, W.: Zur Symptomatik und Ätiologie der Enuresis und Enkopresis, Kongressbericht für Analytische Psychotherapie und Erziehungshilfe, Berlin 1951
- " : Die hypnoanalytische Behandlung eines jugendlichen Bettnässers, Praxis der Kinderpsychologie u. Kinderpsychiatrie 1953
- " : Krisenpunkte der seelischen Entwicklung und der Beginn psychogener Symptomatik, Praxis der Kinderpsychologie u. Kinderpsychiatrie, 5, 1956
- Sehestedt, H.: Möglichkeiten der Behandlung der Enuresis nocturna, Neue Med. Welt 1950

- Selye, H.: Stress beherrscht unser Leben, 1957
- Siemens, H.W.: Die Zwillingsspathologie (ref. nach Christoffel 1944)
- Slavson, S.R.: Einführung in die Gruppentherapie, Göttingen 1956
- Speck, O.: Kinder erwerbstätiger Mütter, Stuttgart 1956
- Spisler, J.: Aber er nasst immer noch! (Bedrohte Jugend - Drohende Jugend Nr. 13), Stuttgart 1951
- Spitz, R.A.: Die Entstehung der ersten Objektbeziehungen, Stuttgart 1957
- " : Nein und Ja (Die Ursprünge der menschlichen Kommunikation), Stuttgart 1960
- Städeli, H.: Ein Beitrag zur Therapie der Enuresis in der Pubertät, Praxis der Kinder-psychologie und Kinderpsychiatrie, 9, 1960
- Stekel, W.: Psychosexueller Infantilismus, Berlin 1922
- Stern, E.: Über Verhaltens- und Charakterstörungen bei Kindern und Jugendlichen, Zürich 1953
- " : Zum Problem der Spezifität der Persönlichkeitstypen und der Konflikte in der psychosomatischen Medizin, Etschr. f. Psycho-somat. Med., 4, 1958
- Stern, W.: Allgemeine Psychologie auf personalistischer Grundlage, Haag 1950
- Stimmizmann, F.: Psychologie des neugeborenen Kindes, Zürich 1940
- Stockert, F.G.v.: Ursachen und Behandlung des kindlichen Bett-nässens, Münchner Med.Wochenschrift, 85, 1938
- " : Einführung in die Psychopathologie des Kindesalters, Berlin 1949
- Suter, F.: Erkrankungen der Blase, in: Handbuch der Inneren Medizin, hrsgeg. v. G.v.Bergmann und W. Frey, 8.Bd., Berlin 1951
- Tausch, R.W.A.: Kinderpsychotherapie im nicht-directiven Verfahren, Göttingen 1956
- Thomae, H.: Der psychologische Gesamteindruck, in: C.Coerper-W.Hagen - H.Thomae, Deutsche Nachkriegskinder, Stuttgart 1954
- " : Persönlichkeit, Bonn 1955
- " : Beiträge zur Entwicklungspsychologie der Motivation, Handbuch der Psychologie Bd.3 (Entwicklungspsychol.), Göttingen 1959
- " : Beobachtung und Beurteilung von Kindern und Jugendlichen, Basel 1960
- " : Das Problem der Konstanz und Variabilität der Eigenschaften, Handbuch der Psychologie Bd.4 (Persönlichkeitsforschung und Persönlichkeitstheorie), Göttingen 1960 a

- Thums, K.: Erbllichkeit bei Enuresis, Münchner Med.Wochenschrift, 87, 1940
- Tramer, M.: Lehrbuch der allgemeinen Kinderpsychiatrie, Basel 1949
- Vetter, A.: Strukturanalyse der Familie (Vorlesungsskriptum), München 1959
- " : Wirklichkeit des Menschlichen (Lebensfragen unserer Zeit), Freiburg 1960
- a) Struktur der Familie, S.1 - 49
- b) Die Störbarkeit der seelischen Grundsicht, S.150 - 165
- c) Psychodiagnostik und Psychotherapie, S.253 ff.
- Waldeck, : Erfahrungen mit Enuretiker-Kindern, Unsere Jugend, 13, 1961
- Wartegg, E.: Schichtdiagnostik, Göttingen 1953
- Weber, A.: Über die Enuresis nocturna der Kinder, Monatsschrift f.Psychiatrie, 11, 1945
- Wellek, A.: Die Polarität im Aufbau des Charakters, Bern 1950
- Wendt, H.: Vergleichende Untersuchung von Kindern mit Pavor nocturnus und Enuresis nocturna, Praxis der Kinderpsychol.u.Kinderpsychiatrie 1952
- Werczberger, A.: Zur Katamnesis der Enuresis nocturna, Praxis der Kinderpsychol.u.Kinderpsychiatrie 1959
- Werner, H.: Einführung in die Entwicklungspsychologie, München 1959
- Wittkower, E.: Der Einfluss der Gemütsbewegungen auf den Körper, Wien 1936
- Zappert, I.: Enuresis, Ergebnisse der Inn.Med., 18, 1920
- " : Kritisches über Enuresis nocturna, Archiv f. Kinderheilk., 79, 1926
- Zucker кандl, O.: Die localen Erkrankungen der Harnblase, Wien 1899
- Zulliger, H.: Jugendliche Diebe im Rorschach-Formdeutversuch, Berlin 1938
- " : Einführung in den Behn-Rorschach-Test, Bern 1952

Lebenslauf

Am 8. Februar 1934 wurde ich in Stuttgart als ältestes Kind des Kalkulators Albert Stahl und seiner Ehefrau Emma geboren. Meine Kindheit verbrachte ich in meiner Heimatstadt, wo ich 1940 in die Schwabschule eintrat. Nach 4-jährigem Volksschulbesuch und kurzer kriegsbedingter Evakuierung besuchte ich ab 1945 die Friedrich-Eugens-Oberschule in Stuttgart, die ich im Februar 1953 mit dem Reifezeugnis verliess.

Nach 2-semesterigem Studium der Psychologie an der Universität Tübingen und einem Semester an der Freien Universität Berlin wurde ich im Sommersemester 1955 an der Universität München immatrikuliert.

Hier legte ich im Mai 1956 die Diplomvorprüfung und im Juli 1957 die Diplomhauptprüfung für Psychologen ab.

Vom Oktober 1957 - Oktober 1958 leistete ich an der Erziehungsberatungsstelle des Jugendamts Stuttgart ein Pflichtassistentenjahr ab. Danach kehrte ich zur Vorbereitung meiner Promotion noch einmal zur Universität München zurück.

Die Dissertation "Empirische Untersuchungen zur Psychosozio-genese der Enuretiker" - eine Arbeit aus der Praxis der Erziehungsberatung - entstand unter der Leitung meines Lehrers Prof. Dr. Ph. Lersch.

Ausser ihm hörte ich während meines Studiums Vorlesungen und Übungen vor allem der folgenden Dozenten:

Prof. Dr. Vetter, Prof. Dr. Däumling und Prof. Dr. Zeise (Psychologie), Prof. Dr. Wenzl und danach Prof. Dr. Stegmüller (Philosophie), Prof. Dr. Saller (Anthropologie).

Photodruck und Buchbinderarbeit der Photocopie GmbH., Stuttgart